

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

EMPLOI DU CHLORURE D'ETHYLE
CHIMIQUEMENT PUR COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL

Par **Louis VACHER** (d'Orléans).

Le chlorure d'éthyle (chloréthane) est connu depuis longtemps en chirurgie comme anesthésique local, employé pur ou mélangé au chlorure de méthyle.

Au mois d'octobre 1901, j'ai fait, à la Société de médecine du Loiret, une communication sur son emploi, comme anesthésique général.

Depuis plus d'un an, je m'en sers journellement et c'est le résultat de mon observation que je viens vous soumettre aujourd'hui.

Il n'y a pas sept ans, si je me trompe, que Carlson, dentiste à Gothenbourg, en pulvérisant du chlorure d'éthyle sur une gencive pour arracher une dent, déterminait une anesthésie générale sans le vouloir.

L'année suivante, en 1896, eurent lieu les premiers essais sur l'homme par Thiesing.

Puis, en 1898, par Von Vacher d'Innsbruck, qui l'employa beaucoup. D'après Fritz Koenig (thèse inaugurale Berne, 1900) sous la condition que le chlorure d'éthyle soit administré mélangé à l'air, il n'est dangereux ni pour le cœur, ni pour le tonus vasculaire du lapin et du singe.

Il est moins dangereux que le chloroforme, soit pour le cœur, soit pour la respiration.

A. Pollosson, de Lyon, le premier en France, employa le chlorure d'éthyle pour la chirurgie générale; Nové-Josserand pour la chirurgie infantile (Société de chirurgie de Lyon,

15 mai 1900). Depuis cette époque, la méthode s'est généralisée, presque tous les chirurgiens lyonnais et, à Paris, Hartmann, Richelot, Lejars, etc... y ont eu recours avec succès (renseignements tirés d'un article de Fromaget de Bordeaux).

Depuis ma communication à la Société de médecine du Loiret, l'emploi du chlorure d'éthyle est habituel à l'Hôtel-Dieu d'Orléans pour commencer les anesthésies qui doivent être continuées par le chloroforme.

On pourra aujourd'hui compter par milliers les cas de chirurgie spéciale ou générale dans lesquels il a servi.

Les résultats de ma pratique ont été toujours très satisfaisants. Chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et le vieillard, je l'ai employé sans avoir eu jamais la moindre alerte à enregistrer.

Le chlorure d'éthyle doit être employé chimiquement pur. En cet état, il se conserve indéfiniment à l'abri de l'air dans de petits récipients en verre.

On peut avoir chez soi, comme je le fais, un grand récipient en métal contenant un kilogramme de chlorure avec lequel on remplit de petits récipients, au fur et à mesure du besoin. Ces récipients doivent permettre la sortie du chlorure qui bout vers dix degrés, mais ne pas permettre l'introduction de l'air qui ne tarderait pas à en modifier la composition avec productions d'éléments toxiques. C'est dire qu'on ne peut avoir le chlorure dans des flacons bouchés à l'émeri ou au liège, à moins d'en user tout le contenu en une seule fois.

On peut employer le chlorure d'éthyle pour les opérations de courte et de longue durée.

Le meilleur procédé d'administration est celui préconisé par Rolland, de Bordeaux. On roule un mouchoir en cornet, et on le coiffe d'une feuille de papier fixée par une épingle.

Je remplace ordinairement cette feuille de papier par du taffetas gommé qui rend le cornet encore plus imperméable. On imbibé très rapidement cette compresse de quelques centimètres cubes de chlorure d'éthyle, puis on coiffe le nez et la bouche du patient avec ce cornet improvisé, appliqué bien exactement, en lui disant de respirer profondément par la bouche. En quinze à trente-cinq secondes, si le malade respire

bien, l'anesthésie est complète, avant l'apparition de la période de contracture.

Mais à ce moment, si l'on cesse le chlorure, l'anesthésie ne dure pas une minute, le réveil est très rapide. Si l'on continue, apparaît la période de contracture variable pour chaque individu et qui manque souvent.

En même temps, on note le myosis et l'abolition du réflexe cornéen. Quelques secondes encore, la résolution musculaire est complète, le malade ronfle, dort profondément ; on note de la mydriase, mais pas de cyanose. Il n'y a pas de trismus, comme on l'observe si souvent avec le bromure d'éthyle.

Cette anesthésie, obtenue au maximum en trente ou quarante secondes, dure de deux à quatre ou cinq minutes.

Si l'opération nécessite une narcose plus prolongée, dès que le malade commence à sentir, on peut lui redonner une nouvelle dose de chlorure en le surveillant très attentivement, même administrer plus tard une troisième dose si les deux premières n'ont pas été suffisantes.

Ce qui procure une anesthésie complète de dix à quinze minutes.

Je n'ai jamais atteint le chiffre de quinze minutes avec le chlorure seul. Le réveil est toujours très rapide, c'est le reproche que lui font les opérateurs qui préfèrent le bromure d'éthyle. Le malade, en revenant à lui, n'éprouve aucun malaise, les vomissements sont rares, pas de céphalée, d'anéantissement.

En quelques minutes, il peut marcher, je n'ai jamais observé de syncope ni d'hébétude comme après le bromure d'éthyle. L'action du chlorure d'éthyle est si rapide qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper de savoir si l'estomac est vide, ni de faire coucher le malade, mais il doit être complètement délacé, pour que la respiration ne soit gênée nulle part.

Le chlorure d'éthyle employé seul, de cette manière, suffit largement pour toutes les opérations courtes pratiquées dans l'oreille, dans les fosses nasales et dans le pharynx, telles que : paracentèse du tympan, ablation des osselets, curetage de la caisse, ouverture de furoncles du conduit ; ablation à l'ostéo-

tome des cornets, crêtes de la cloison, etc... ablation des végétations adénoïdes et des amygdales.

Il abrège singulièrement la durée de l'anesthésie pour les grandes opérations.

Il y a déjà longtemps qu'un certain nombre de chirurgiens commencent les anesthésies au chloroforme par des inhalations de bromure d'éthyle.

La longue période d'excitation du chloroforme se trouve ainsi presque totalement supprimée. On obtient en moins de cinq minutes une anesthésie complète et durable, ce qui fait un quart d'heure de gagné.

Avec le chlorure d'éthyle, les avantages sont les mêmes et, comme je le disais, depuis huit mois, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le chloroforme commence presque toujours par le chlorure d'éthyle. Dans ma pratique, je n'y manque jamais. J'ai obtenu souvent la narcose complète en quatre minutes, quelquefois en trois. Jamais je n'ai dépassé six minutes. Je donne pendant trente à quarante secondes le chlorure d'éthyle seul, auquel je substitue rapidement une bonne dose de chloroforme.

La période d'excitation est entièrement supprimée.

J'ai endormi, il y a quelques mois, un alcoolique pléthorique et cardiaque en six minutes. L'opération fut courte : huit minutes. Le réveil fut rapide, ni vomissements, ni céphalalgie, ni courbature. Le malade, quelques instants après, put regagner son lit tout seul, il n'eut pas de vomissements. Cet homme fut endormi une seconde fois, douze jours après : narcose en sept minutes, opération de même durée, réveil et suites semblables.

Lundi dernier j'ai fait deux évidements mastoïdiens. Il s'agissait d'un homme et d'une femme.

Chez la première j'ai obtenu la résolution complète en quatre minutes ; chez l'homme en cinq minutes, et, cependant, il est certainement alcoolique. Si l'on se fiait à l'anesthésie par le chlorure, on pourrait commencer une opération longue au bout de trente à quarante secondes, mais on ne tarderait pas à être interrompu par une courte période de sensibilité qui provient du temps que met le chloroforme à remplacer dans le cerveau le chlorure d'éthyle.

C'est pourquoi il est préférable d'attendre le moment de l'anesthésie complète et durable qui ne se produit qu'au bout de trois à quatre minutes.

Je devrais, dans cette courte note, étudier les complications qui se produisent avec le chlorure d'éthyle ; mais je n'en ai jamais observé. Je l'emploie toujours prudemment.

Quant au parallèle entre le bromure d'éthyle pur ou mitigé d'un dixième d'éther, et le chlorure d'éthyle, c'est une question encore à l'étude, car l'action de ces deux anesthésiques a beaucoup de ressemblance.

Le bromure d'éthyle est plus altérable, et provoque plus facilement de la cyanose et du trismus. Son action sur le bulbe est plus toxique, plus intense et plus durable ; il a donné lieu à des complications graves.

Au réveil, les malades soumis à son action conservent pendant quelques instants une hébétude, une prostration qu'on observe très rarement avec le chlorure ; mais le chlorure a une action quelque fois trop courte, qui laisse à peine le temps d'opérer.

Le bromure s'élimine en quarante-huit heures pendant lesquelles l'haleine des malades a l'odeur fortement alliagée, tandis que le chlorure s'élimine beaucoup plus rapidement, sans modifier sensiblement l'odeur de l'haleine.

Au point de vue opératoire, si le bromure a l'avantage de prolonger de quelques minutes l'action anesthésique, il a l'inconvénient de se prêter moins facilement à l'administration d'une deuxième et d'une troisième dose.

Enfin, au point de vue de l'anesthésie générale les chloroformisations commencées par le chlorure sont moins souvent suivies de troubles gastriques, parce que leur durée est moins longue, et que la quantité de chloroforme absorbée est certainement beaucoup moins considérable.

Je ne veux donc pas conclure que le chlorure d'éthyle est appelé à remplacer le bromure. J'ai simplement voulu, dans cette note, exposer les résultats que j'ai obtenus en l'employant.

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DES CELLULITES MASTOÏDIENNES POSTÉRIEURES ⁽¹⁾.

Par **J. TOUBERT**, Médecin major de l'armée, professeur agrégé
au Val-de-Grâce.

Sous le nom de cellulites mastoïdiennes postérieures, il faut entendre les infections intra-osseuses développées dans les cellules placées en arrière de l'antre. Les cellulites des cavités dites limitrophes du conduit, celles de la pointe de la mastoïde ne rentrent pas dans cette catégorie.

Bien que cette variété de cellulite ait pu être considérée comme rare, il y a seulement quelques années, les cas se sont multipliés en peu de temps, au fur et à mesure que la question était mieux étudiée. Mais la plupart des diagnostics ont été jusqu'ici des surprises d'intervention ou même d'autopsie. Il y a lieu de se demander si l'examen des dix faits qu'il nous a été possible de recueillir permet de trouver des signes de diagnostic assez précis pour entraîner à l'avenir, sinon la certitude absolue, du moins une présomption suffisante.

Nous croyons le diagnostic possible avant l'intervention : sur trois faits observés à la clinique otologique du Val-de-Grâce, on a pu faire une fois un diagnostic de certitude et une

(1) Communication faite à la Société française de laryngologie, otologie, le 5 mai 1902.

fois un diagnostic de probabilité, après avoir la première fois méconnu la localisation exacte de la lésion.

..

Comme toujours, l'anatomie et la clinique se sont prêté un mutuel appui, dans la recherche des signes révélateurs de l'affection.

Tant que l'anatomie de ces cellules postérieures s'est bornée à de simples indications, leur pathologie est restée peu connue. Le livre de Politzer⁽¹⁾ donne seulement une figure, l'article de Siebenmann dans le traité de Bardeleben⁽²⁾ indique ces cellules en quelques lignes ; l'importante monographie de Mignon⁽³⁾ ne fournit qu'une brève description anatomique, mais la fait suivre d'une observation clinique due à Huntington Richard. La communication de Lombard⁽⁴⁾ au Congrès international de 1900 se borne à signaler les cellulites postérieures. Au même congrès, Laurens⁽⁵⁾, Taptas⁽⁶⁾ rapportent des faits personnels intéressants, mais qui passent inaperçus sans doute, puisqu'ils ne sont point signalés dans tous les travaux ultérieurs. En vérité, c'est surtout à partir de l'observation de Moure et Lafarelle⁽⁷⁾ que l'étude de la question se complète et se coordonne. Une série de publications de Stanculeanu et Depoutre^(8 9 10), deux observations personnelles, dont une encore inédite^(11 12 14), une communication de notre maître M. le professeur Chavasse⁽¹³⁾, se sont succédé en quelques mois. On trouvera ces faits cliniques rassemblés à la fin de ce travail. Nous leur demanderons de concourir à mettre au point la question du diagnostic, à laquelle nous désirons apporter aujourd'hui notre contribution.

*
* *

Des éléments de diagnostic peuvent être demandés :

- 1° à l'anatomie ;
- 2° à l'étiologie ;

3° à l'évolution clinique : symptômes généraux, symptômes locaux, complications ;

4° à l'intervention (diagnostic tardif) ;

5° à l'autopsie (diagnostic rétrospectif).

1° L'ANATOMIE NORMALE de la région mastoïdienne postérieure, à laquelle le mémoire de Stanculeanu et Depoutre ⁽¹⁰⁾ a apporté une très importante contribution (examen de cent temporaux de sujets âgés de 8 mois à 93 ans), nous apprend un fait très intéressant. C'est que les cellules postérieures réparties, — un peu schématiquement peut-être, — en trois groupes, postéro-supérieur, postérieur et postéro-inférieur, se rencontrent, soit à l'état de groupe unique isolé (40 fois), soit à l'état de groupes réunis par deux ou par trois (12 fois), sur la moitié environ, exactement 52 % des temporaux examinés, le groupe postéro-supérieur à peu près deux fois plus fréquent (27 %) que le postérieur (13 %) ou le postéro-inférieur (12 %).

De cette constatation anatomique découle cette déduction clinique que *la moitié des antrites peuvent se compliquer de cellulite postérieure*. Si cette complication est rarement observée, cela tient vraisemblablement à ce que dans la très grande majorité des cas (46 sur 52) les groupes cellulaires communiquent avec l'antre et que très exceptionnellement il existe un pont de séparation osseux de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre : le drainage spontané des cellules par l'intermédiaire de l'antre permet sans doute dans ces nombreux cas la guérison de la cellulite en même temps que celle de l'antrite, avec ou sans trépanation. Néanmoins le clinicien doit garder présentes à l'esprit ces notions anatomiques, afin de ne point s'exposer à faire par oubli un diagnostic incomplet, sinon erroné.

2° L'ÉRIOLOGIE donne des renseignements de peu de valeur au point de vue du diagnostic. Le développement des cellulites est indépendant de l'âge et du sexe des sujets : il suffit de lire les dix observations réunies plus loin pour s'en convaincre : les descriptions anatomiques de Stanculeanu et Depoutre ⁽¹⁰⁾ le faisaient d'ailleurs prévoir. La cause de l'otite, son ancienneté n'ont guère plus d'influence sur le développement des cellulites. Bien que Lombard ⁽⁴⁾ les déclare beaucoup plus

communes dans les mastoïdites chroniques, nous constatons qu'elles ont succédé à des otites et mastoïdites aiguës dans tous les cas que nous relatons, sauf un ⁽¹³⁾.

3° L'ÉVOLUTION CLINIQUE fournit des éléments de diagnostic de valeur très différente, selon qu'il s'agit de signes généraux ou de signes locaux.

Au point de vue général, la lecture des observations nous apprend que la cellulite évolue tantôt avec fièvre, tantôt sans fièvre, que l'état du sujet est tantôt très mauvais (Moure et Lafarelle, Stanculeanu et Depoutre), tantôt à peine atteint (Toubert, 1^{er} cas; Chavasse) et que le plus souvent l'anorexie, l'insomnie, quelques frissons, un état douloureux diffus particulier sont les seuls symptômes signalés.

Au point de vue local, les renseignements peuvent, quelquefois mais non toujours, être plus précis.

L'examen otoscopique, qui donne des signes presque pathognomoniques (déformation et plus tard fistules du conduit osseux) dans les cas d'infection des cellules limitrophes, ne saurait fournir, on le conçoit aisément, pas même des signes de présomption pour les cellulites mastoïdiennes postérieures.

La localisation de points douloureux osseux aux lieux d'élection, c'est-à-dire à la partie postérieure de la mastoïde, est un bon signe, malheureusement inconstant. Elle est notée dans les cas de Huntington Richard, de Bourgeois et Depoutre, de Chavasse, et dans nos deux cas personnels; mais dans les cinq autres cas la douleur a fait défaut ou bien elle a été localisée sur la région de l'antre ou à la racine de l'arcade zygomatique (Lermoyez) ou à la tempe et à la pointe de la mastoïde, comme dans notre second cas. Or, absence de douleur ne signifie pas absence d'ostéite (l'existence de mastoïdites latentes suffit à le prouver) et localisation de la douleur ailleurs qu'à la partie postérieure de la mastoïde signifie soit simple irradiation, soit antrite ou encore cellulite périanturale, ou enfin cellulite de la pointe, ces diverses lésions pouvant d'ailleurs coexister.

La localisation de la tuméfaction des parties molles est un signe de valeur : c'est elle qui a permis le diagnostic dans les cas où il a été fait, soit comme diagnostic de certitude, soit

comme diagnostic de probabilité. Il est vrai qu'elle peut manquer (Moure et Lafarelle, Stanculeanu et Depoutre) ou être minime (Bourgeois et Depoutre) dans les cellulites mastoïdiennes postérieures, alors qu'elle existe dans le simple adéno-phlegmon au début. Quant à ses sièges multiples, simultanés ou successifs (cas de Lermoyez et 2^e cas de Toubert), ils indiquent sans doute des foyers cellulaires multiples intra-osseux, susceptibles d'ailleurs de guérir, grâce à l'évacuation spontanée du pus par l'intermédiaire de l'antre.

En définitive, il faut surtout retenir que la localisation de la douleur ou de l'œdème ou du pus à la partie postérieure de la surface de la mastoïde doit appeler l'attention sur la possibilité, sur la probabilité de l'existence d'une cellulite mastoïdienne postérieure.

L'apparition de *complications endocrâniennes* peut-elle permettre un diagnostic tardif? Le problème vaut la peine d'être posé, car une opération, même retardée, peut dans ces cas sauver la vie au malade. Théoriquement la chose est possible; en effet l'anatomie démontre que les cellules des groupes mastoïdiens postérieurs sont au voisinage immédiat du sinus latéral et de l'encéphale, car ils sont très près de la corticale interne et généralement loin de la corticale externe: il est donc possible, sinon fréquent, que le pus fuse du foyer de la cellulite vers l'endocrâne plutôt que vers les téguments et y révèle sa présence par des signes particuliers. Pratiquement, il en est tout autrement. En effet il résulte de la lecture des faits publiés que jusqu'ici les lésions endocrâniennes ont été découvertes après la cellulite et n'ont nullement servi à faire découvrir celle-ci.

4^e L'INTERVENTION est en réalité le seul moyen véritablement certain de faire un diagnostic sûr et précis. Jusqu'ici, le moyen n'a été infidèle qu'une fois (Moure et Lafarelle). Il a cependant failli l'être plusieurs fois: les cas de Taptas, Laurens, Bourgeois et Depoutre, nos deux cas, surtout le premier, celui de Lermoyez prouvent qu'il est plus facile qu'on ne le croirait *a priori* de pécher par omission. Tantôt l'incision cutanée a suffi comme intervention exploratrice, tantôt l'antrotomie préalable a été faite; mais la lecture des opérations démontre

qu'on ne saurait apporter trop de soin à explorer l'os *intus et extra*, si l'on veut ne rien oublier, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui de la thérapeutique. En effet, si, chez le sujet sain, l'antre communique en général (46 fois sur 52 d'après Stanculeanu et Depoutre) avec les groupes cellulaires postérieurs, il y a lieu de penser que l'inflammation peut isoler ces cellules, ainsi que l'a fait remarquer Broca à la Société de chirurgie ⁽¹⁴⁾ à propos de notre premier cas. Or, la distance entre les groupes cellulaires postérieurs et l'antre est de 10 à 20 millimètres en moyenne (Stanculeanu et Depoutre). Donc rien ne prouve, — et la lecture des faits confirme cette hypothèse, — que l'on fera le diagnostic dans tous les cas, même par l'intervention. Si la corticale externe est très éloignée du foyer de cellulite, si celui-ci est ou est devenu indépendant de la cavité centrale, la lésion osseuse localisée aux groupes cellulaires postérieurs restera introuvable, même parfois si, sur le conseil de Lombard ⁽²⁾, on a pris comme règle de « découvrir de parti-pris et aussi méthodiquement que possible tout le système cellulaire, de le vérifier dans son ensemble, en enlevant la corticale de la pointe à la base ».

5° Enfin L'AUTOPSIE, dans les cas malheureux terminés par la mort, fournira les éléments d'un diagnostic rétrospectif. Celui-ci, bien certainement, n'a pas été fait dans tous les cas où il était possible. Des observations suivies d'autopsie relatant des phlébites du sinus latéral ou des méningites avec intégrité ou atteinte légère de l'antre seraient à rapprocher du cas de Moure et Lafarelle, où « même à l'autopsie, la lésion a failli échapper aux investigations ». Certes ce diagnostic rétrospectif n'a plus qu'un intérêt théorique : ce n'est pourtant pas une raison suffisante pour que l'on s'en désintéresse.

En résumé et pour conclure, nous pouvons, à propos du diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures, avant, pendant ou après l'intervention, rééditer une vieille formule chirurgicale qui a trouvé et trouvera encore de multiples applications : « Rien n'est plus facile, quand c'est facile ; rien n'est plus difficile, quand c'est difficile. »

OBSERVATIONS CLINIQUES

Elles sont classées d'après l'ordre chronologique : la date indiquée est celle de l'intervention. Elles sont résumées, rédigées sur un plan unique, qui est le suivant : histoire sommaire de l'affection ; signes subjectifs et objectifs (oreille et mastoïde) ; évolution ; biopsie ou autopsie.

La dernière observation, inédite, est publiée *in extenso*.

I. — *Cas de Huntington Richard* (fin de 1888), d'après Mignon ⁽³⁾. — Homme, âge non indiqué. Angine. Otite aiguë à gauche ; douleurs, bourdonnements, tympan rouge et voussuré ; chute de la paroi supérieure du conduit. Paracentèse. Incision de Wilde. Au vingt-cinquième jour, point douloureux au-dessus de la suture mastoïdo-occipitale ; diagnostic d'adénite. Puis fluctuation et abcès ; la pression sur l'abcès fait sortir le pus par le conduit au travers du tympan. Incision ; découverte d'une fistule profonde de 2 millimètres, placée à 35 centimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit et à hauteur de la paroi supérieure de celui-ci. Guérison complète quatorze jours après l'opération.

II. — *Cas de Taptas* (septembre 1899) ⁽⁴⁾. — Femme, 49 ans. Otite aiguë à droite. Paracentèse. Guérison d'une durée de six semaines, puis douleurs mastoïdiennes, œdème. Diagnostic de mastoïdite. Trépanation : apophyse éburnée, antre sain. Découverte d'un petit abcès et d'un point d'os nécrosé sur le bord postérieur de l'apophyse. Dure-mère à nu au fond ; deuxième abcès entre le sinus latéral et l'os. Sinus latéral couvert de fongosités. Guérison.

III. — *Cas de Laurens* (commencement de 1900) ⁽⁵⁾. — Femme de 66 ans. Otite datant de deux mois. Paracentèses successives. Gonflement apophysaire surtout marqué en arrière. Antrotomie classique, puis apparition inattendue de pus venant des cellules postérieures de la mastoïde et de foyers d'ostéite diffuse du diploé. Thrombo-phlébite des veines du diploé. Ablation de la table externe sur l'étendue de la moitié environ du crâne. Guérison opératoire en trois mois. Mort par gastro-entérite.

IV. — *Cas de Moure et Lafarelle* (novembre 1900) ⁽⁷⁾. — Homme 46 ans. Otite moyenne à gauche et mastoïdite aiguë. Signes d'infection générale. Paracentèse. Pas de gonflement mastoïdien. Douleurs intenses. Antrotomie classique, curettage ; guérison apparente. Un mois après, subitement, signes de méningite. Mort au bout de cinq jours. Autopsie : méningite aiguë

généralisée. Cavité purulente, trouvée par hasard en sectionnant verticalement le temporal, siégeant à 1 centimètre au-dessus du conduit et 1 centimètre en arrière du plan vertical passant par le sommet de la mastoïde ; un mur de tissu compact de 1/2 centimètre, éburné et sain, sépare cette cavité de l'antre. Le sinus est à découvert au fond de cette cavité : il est sain. La méningite est attribuée à l'infection par voie sanguine ou lymphatique au travers de l'os sain.

V. — *Cas de Stanculeanu et Depoutre* (décembre 1900) ⁽¹⁰⁾. — Homme 27 ans. Otite à droite depuis un mois. Coma depuis un jour. Tympan perforé, voussuré ; battements. Pas de réaction mastoïdienne apparente. Paracentèse. Survie d'un jour. Autopsie : méningite diffuse cérébro-spinale. Caisse et antre pleins de pus. Apophyse demi-pneumatique. Cellulite à hauteur de la suture temporo-pariétale. Corticale externe amincie ; la corticale interne seule sépare le foyer de cellulite du contact du sinus : une épaisseur de 12 centimètres de diploé sépare cette cavité de l'antre.

VI. — *Cas de Bourgeois et Depoutre* (janvier 1901) ⁽¹⁰⁾. — Femme 42 ans. Angine. Otite à droite datant de 6 semaines. Douleurs irradiées ; vertiges. Apyrexie. Tympan rouge, non voussuré. Douleurs mastoïdiennes en haut et en arrière. Œdème léger. Rien le long du bord postérieur, ni à la pointe. Paracentèse du tympan, puis trépanation : apophyse pneumatique ; antrectomie large, jusqu'à la pointe. Douleurs persistantes. Six jours après, deuxième opération : fongosités conduisant sur l'angle postérieur de la mastoïde, dans une cellule du volume de 1/2 noisette, pleine de pus, plus haut située que l'aditus et l'antre. Dure mère fongueuse. Sinus sain. Guérison.

VII. — *Premier cas de Toubert* (février 1901) ^(11 et 12). Homme 22 ans. Bronchite. Otite aiguë à droite. Tympan rouge, œdématisé ; perforation inférieure ; suppuration abondante. Un mois après le début, œdème, puis fluctuation rétro-auriculaire. Diagnostic : adéno-phlegmon. Incision : pus à streptocoques. Neuf jours après, découverte d'un point osseux dénudé passé inaperçu à la première intervention malgré recherche soigneuse. Curettage de la cavité, qui mesure 1 centimètre cube et siège à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus des bords postérieur et supérieur du conduit. Guérison quinze jours après.

VIII. — *Cas de Lermoyez* (mai 1901) d'après *Stanculeanu et Depoutre* ⁽¹⁰⁾. Femme, 13 ans. Infections multiples : entérite, vulvo-vaginite. Otite aiguë à gauche. Un mois après, gonflement au-dessus du pavillon. Tympan rouge et bombé ; empâtement mastoïdien an-

téro-supérieur. Douleur sur la région de l'antre et à la racine de l'arcade zygomatique, nulle sur la pointe et sur le bord postérieur. Opération quatre jours après. Antre petit, creusé en os sain et compact; il contient du pus et quelques fongosités. En explorant la suture pétro-squameuse, on trouve « par hasard » une cavité, d'abord prise pour un abcès extra-dural; sa mise à nu conduit à la découverte de deux systèmes cellulaires indépendants de l'antre, l'un près de la pointe, l'autre au dessus et en arrière, séparés de l'extérieur par une corticale mince et l'un de l'autre par une travée osseuse perpendiculaire à la suture pétro-squameuse non sondée. Guérison.

IX. — *Cas de Charasse* (août 1901) (15). Homme 48 ans. Otite moyenne suppurée à g., il y a quatre mois, guérie depuis six semaines. Depuis huit jours, tuméfaction rétroauriculaire; douleur et fièvre modérées. Tuméfaction de 2 centimètres de rayon, située à la partie postéro-supérieure de la mastoïde; pas de douleur sur la région de l'antre. Diagnostic: cellulite mastoïdienne. Intervention le surlendemain. Incision; ouverture d'un abcès; découverte d'une cavité creusée à la partie postéro-supérieure de la mastoïde, contenant surtout des fongosités. Régularisation; pas de pertuis osseux sur les parois. Guérison en sept semaines.

X. — *Deuxième cas de Toubert* (mars 1902) (inédit.) Homme 23 ans. — Le nommé Mor... soldat ordonnance, est atteint de grippe depuis le 20 février 1902: courbature, fièvre, frissons, toux, céphalée, otalgie à droite. Après deux semaines de traitement à la chambre ou à l'infirmerie, il est envoyé le 11 mars au Val de Grâce, dans le service de clinique otologique de M. le professeur Chavasse.

Etat actuel le 12 mars. — Même état général. Localement, à droite, otalgie. Voix non perçue, montre non entendue, même au contact. Weber latéralisé à droite, Rinne négatif à droite. Tympan droit déprimé, rouge vif, surtout sur la membrane de Shrapnell et autour du manche du marteau. Apophyse mastoïde indolore. Muqueuse pharyngée rouge vif. Trompe droite imparfaitement perméable.

Le malade s'alite le 13. Du 13 au 15, les symptômes de grippe prédominent (céphalée frontale, insomnie, courbature, angine). Trois poussées fébriles se succèdent, l'une du 13 au 17, la deuxième du 17 au 20, la troisième du 20 au 24, la température atteignant 39°8 au fastigium de la courbe et descendant à 37°4 et 37°6 aux jours de défervescence. Puis la courbe, jusque là atypique, décrit

des oscillations quotidiennes : le matin, T m. entre 36°5 et 37°, le soir autour de 38°.

Du côté de l'oreille, pendant longtemps, symptômes persistants d'otite catarrhale ; le 23 seulement, signes de purulence (élançements, voussure) ; le 24, perforation spontanée du tympan ; à partir du 26, écoulement abondant de pus par le conduit : l'examen bactériologique y révèle du streptocoque surtout, avec quelques staphylocoques.

Autour de l'oreille, dès le 18, on constatait, à la pression, de la douleur temporale, le 19, de la douleur à la pointe de la mastoïde et sur son bord postérieur, le 20, de la douleur dans la région occipitale. Le 22, on trouve dans la gouttière carotidienne, sous la pointe de la mastoïde, une tuméfaction du volume d'un œuf de poule autour des ganglions.

Le 28, date à laquelle le malade est confié à nos soins par M. le professeur Chavasse, que nous suppléons dans son service, la tuméfaction carotidienne a disparu, mais une nouvelle tuméfaction a apparu entre la protubérance occipitale externe et le sillon rétro-auriculaire, plus proche de ce dernier cependant. D'abord très légère, elle va s'accroissant, devient de plus en plus douloureuse, rénitente, mais non fluctuante. Le 31 mars, en raison de la douleur, en raison des oscillations quotidiennes de la température, l'opération est décidée : elle sera exploratrice d'abord, puis curatrice ; le diagnostic hésite entre un adénophlegmon et un abcès d'origine osseuse, dont le point de départ serait une cellulite mastoïdienne postérieure.

Opération. Anesthésie cutanée au chlorure d'éthyle. Ponction exploratrice à la seringue de Pravaz sans résultat. Anesthésie intra et sous-dermique à la cocaïne à 1/100. Incision verticale, à 3 centimètres environ en arrière du sillon rétro-auriculaire, sur l'axe de la tuméfaction, le long de la ligne d'implantation des cheveux. Découverte d'un ganglion, du volume d'une noisette, tuméfié, induré, non suppuré. Œdème notable des parties molles, dont l'épaisseur égale la longueur de la troisième phalange de l'index. Hémostase. Exploration de la surface osseuse au stylet boutonné. En bas et en avant, découverte d'un point dénudé : la curette ramène des parcelles d'os raréfié et des fongosités. Régularisation des parois de la cavité : elle a en surface un centimètre carré, et le fond est à environ un demi centimètre au-dessous du plan de la corticale externe. A une première exploration, la cavité paraît présenter partout des parois résistantes. Assèchement, tamponnement, deuxième exploration : celle-ci fait découvrir en

haut et en avant un point friable ; le stylet l'effondre et pénètre dans une deuxième cavité, d'où sort un dé à coudre de pus phlegmoneux verdâtre, où l'examen a révélé ultérieurement la présence du streptocoque à l'état de pureté. Curettage de cette cavité ; elle mesure en surface un centimètre carré environ et le fond est à 1 centimètre et demi au-dessous du plan de la corticale externe. Exploration minutieuse des parois : elles sont solides partout. Atouchement au chlorure de zinc. Drainage à la gaze iodoformée. Pansement sec.

A partir du 1^{er} avril, l'opéré est resté apyrétique (36°2, 36°3, 37°, 37°4). Dès le 5, il se lève et se promène, ne souffre plus et dort bien. La suppuration de la caisse est tarie. Le pansement est refait le 5, le 10, le 17. La cavité bourgeonne rapidement. Le 22, la réunion des tissus est complète. Le 23, le malade est présenté à la Société de chirurgie de Paris (14).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. POLITZER. — *Traité des maladies de l'oreille*. Trad. franc. p. 504.
2. BARDELEBEN. — *Handbuch der Anatomie Mittelohr und Labyr.* p. 288.
3. MIGNON. — Complications septiques des otites moyennes suppurées, p. 338.
4. LOMBARD. — In comptes rendus du 13^e congrès int. de Méd. — Otologie, p. 160.
5. LAURENS. — In comptes rendus du 13^e congrès int. de Méd. — Otologie, p. 249.
6. TAPTAS. — In comptes rendus du 13^e congrès int. de Méd. — Otologie, p. 364.
7. MOURE et LAFARELLE. — *Revue hebd. de laryngologie, otologie* 1901, 1^{er} semestre, p. 97.
8. STANCULEANU et DEPOUTRE. — *Bull. soc. anat.*, 1901, 6^e série. Tome III, p. 313.
9. STANCULEANU et DEPOUTRE. — *Presse médicale*, 1901, 2^e semestre, p. 41.
10. STANCULEANU et DEPOUTRE. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, 1901, 2^e semestre, p. 306.
11. TOUBERT. — *Revue hebd. de laryngologie, otologie*, 2^e semestre, 1901, p. 145.
12. TOUBERT. — *Bull. soc. chirurgie*, 1901, p. 1048.
13. CHAVASSE. — *Bull. soc. chirurgie*, 1901, p. 1054.
14. TOUBERT. — *Bull. soc. chirurgie*, 1902, p. 499.

HYDRORRHÉE NASALE UNILATÉRALE. GUÉRISON PAR L'AIR CHAUD

Par G. MAHU

Nous avons déjà eu l'occasion, M. Lermoyez et moi ⁽¹⁾, de publier un cas d'*hydrorrhée nasale unilatérale* guérie par le traitement aérothermique.

Parmi les nombreuses hydrorrhées que j'ai personnellement traitées par notre méthode — environ une centaine — il m'a été donné de rencontrer 5 cas où l'écoulement était unilatéral : quatre femmes d'âges voisins : 47 ans (obs. IX de l'article visé plus haut), 42 ans (cas publié ci-dessous), 42 ans et 44 ans. Aucune n'avait encore atteint l'époque de la ménopause et toutes se plaignaient de l'augmentation du flux hydrorrhéique pendant la période menstruelle. Chez l'une d'elles, même, l'hydrorrhée n'apparaissait qu'à ce moment.

Nerveuses et arthritiques, ces malades souffraient en général de névralgies de la zone du trijumeau du côté correspondant.

Aucune ne présentait de troubles de nature hystérique.

Toutes furent guéries et la guérison persiste, chez d'eux d'entre elles, depuis dix-huit mois environ, depuis six mois et trois mois chez les deux autres.

(1) M. LERMOYEZ et G. MAHU. — Nouvelle méthode de traitement des affections du nez par des applications d'air chaud (*Ann. des mal. de l'or., du lar., du nez et du phar.*, juillet 1900, tome XXVI, n° 7, p. 43).

Le cinquième cas se rapporte à un homme de 34 ans, également neuro-arthritique, chez qui l'écoulement hydrorrhéique assez peu abondant avait déterminé un *eczéma pileaire unilatéral correspondant* de la moustache. Ce dernier malade est en cours de traitement.

Par une bizarre coïncidence, l'écoulement se produisait chez ces cinq malades par la fosse nasale gauche.

Il me paraît intéressant de publier avec quelque détail l'observation ci-dessous à cause de l'intensité de l'hydrorrhée, de sa résistance à tous les traitements et aussi de la nullité de l'action de l'air chaud, tant que celui-ci n'a influencé que les méats moyens et inférieurs, puis de l'efficacité notoire de ce même traitement dès qu'il s'est adressé à l'endroit précis de la muqueuse d'où provenait l'écoulement.

M^{me} Cha... 43 ans, obèse, neuro-arthritique, souffre depuis cinq ou six mois d'un écoulement aqueux unilatéral gauche, extrêmement abondant. Cet écoulement est continu et s'exagère notablement au moment des règles : le jour, il met la malade dans l'impossibilité absolue de vaquer à ses occupations, la nuit, il gêne le sommeil en provoquant de la toux et du râclage rétro-pharyngien.

Cette affection s'est montrée sans cause apparente, sans céphalée ni douleurs localisées sur le trajet des branches du trijumeau.

Pas d'éternuements.

Pas d'exaspération au moment des repas ni après.

Pas de vertiges ni de troubles oculaires.

Pas de troubles des réflexes ni de la sensibilité.

Bien que l'écoulement ait toujours été et soit demeuré unilatéral, l'examen rhinoscopique montre, à droite comme à gauche, une atrophie très marquée portant non seulement sur la muqueuse des cornets moyens et inférieurs, mais aussi sur la squellette.

Pas de croûtes. Pas d'ozène. Seulement l'odeur fadasse qu'on perçoit ordinairement chez les hydrorrhéiques.

L'atrophie existante permet d'apercevoir le cornet supérieur et de constater que c'est de la fente olfactive que provient l'écoulement qui s'effectue en gouttelettes claires se présentant une à une et se succédant à des intervalles très rapprochés.

Rien dans le cavum.

La translumination des sinus frontaux et maxillaires montre les uns et les autres également transparents.

Plusieurs confrères parisiens ont donné leurs soins à la malade et tous les traitements ont échoué contre cette tenace affection : localement l'ignipuncture, les lavages, les pommades, les badigeonnages ; à l'intérieur, l'atropine et la strychnine associées, l'hyoscyamine, etc...

C'est M. Bellin, interne des hôpitaux qui, après avoir traité lui-même, en dernier lieu, M^{me} Cha..., voulut bien nous l'adresser pour l'essai du traitement par l'air chaud.

Ce traitement fut commencé, à l'exclusion de tout autre, le 24 octobre 1901 et continué, en suivant les règles précédemment indiquées par nous : de deux en deux jours application d'une durée de deux à trois minutes sur toutes les parties visibles de la pituitaire gauche, à l'aide de la grosse puis de la petite canule.

Douze applications d'air chaud furent ainsi régulièrement faites sans apporter une amélioration durable de l'état de la malade.

A ce moment j'eus l'idée d'insuffler l'air chaud dans la fente olfactive, à l'aide d'un cathéter métallique recourbé *ad hoc*.

L'écoulement diminua et, après six séances faites dans ces conditions, il s'arrêta pour ne plus reparaitre, sans qu'il se soit produit aucun changement apparent local, ni dans l'état général de la malade.

La période critique des règles, commencée huit jours plus tard, fut traversée sans inconvénient.

A différentes reprises, depuis la guérison qui date maintenant de trois mois (1^{er} avril 1902) M^{me} Cha... est venue me voir et m'a affirmé l'absence de tout retour offensif.

Le point d'issue de l'écoulement, sa continuité, l'abondance du liquide épanché, m'avaient fait songer un instant qu'il pût s'agir d'un cas analogue à celui publié en 1899 par Saint-Clair Thomson ⁽¹⁾ et se rapportant à l'écoulement par le nez de liquide céphalo-rachidien ; mais l'absence d'antécédents

(1) SAINT-CLAIR THOMSON, LÉONARD HILL and W. D. HALLIBURTON. — Observation on the cerebro spinal fluid in the human subject. (*Proceedings of the Royal Society*, vol. 64, 31 janvier 1899).

spécifiques ou tuberculeux ainsi que de traumatisme antérieur permettant d'écarter toute lésion de la lame criblée, la rapidité de la guérison et la non-apparition de toute gêne ultérieure, m'ont permis d'écarter, *a posteriori*, cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, je ne veux souligner ici qu'un seul fait : *la guérison par l'air chaud d'un cas extrêmement rebelle de rhinorrhée unilatérale, ayant résisté à tous les autres traitements connus.*

IV

MASTOÏDITE AIGUE : INTERVENTION INCOMPLÈTE. ABCÈS EXTRA-DURAL CONSÉCUTIF. TRÉPANATION. GUÉRISON.

Par **MAGET** (de Toulon).

Lorsqu'on est amené à trépaner une apophyse, il est absolument nécessaire de rechercher et d'enlever avec le plus grand soin tous les tissus malades, si on ne veut pas être exposé à des accidents éloignés extrêmement graves.

C'est une vérité banale aujourd'hui, mais il n'est peut-être pas mauvais de le répéter.

Appelé en août 1897, par mon ami le Dr H. Girard, à donner mon avis sur un malade qui venait d'entrer dans son service, porteur d'une fistule de la région mastoïdienne, nous recueillîmes sur ce malade les renseignements suivants :

X... 17 ans, marin.

Avait eu en mars dernier une otite aiguë à droite suivie de mastoïdite.

Application d'une couronne de trépan sur la mastoïde le 26 avril, avec curettage des fongosités qui sont assez épaisses et abondantes, tamponnement avec de la gaze trempée dans une solution de chlorure de zinc.

6 juin. — Décollement sous-cutané et contre-incision à quelques centimètres en dessous de la première incision : drainage.

8 juin. — Agrandissement de l'orifice trépané et nouveau curettage. Cautérisation au thermo-cautère et au chlorure de zinc : pansement iodoformé.

Rien de particulier depuis cette nouvelle intervention jusqu'au

3 août, époque à laquelle le malade se plaint de douleurs profondes de la région sus-mastoïdienne, de vertiges et de céphalée, plus intense le soir et surtout la nuit.

La température qui est prise très régulièrement matin et soir n'accuse aucune élévation anormale (sauf un léger mouvement fébrile du 9 au 11 juin). Jusqu'au 7 août elle ne dépasse jamais 37°2.

L'état général n'est pas bon, le malade ne mange plus, il maigrit, il a des nausées et même quelques vomissements.

On remarque le 7 août que le pouls a une fréquence anormale (110 à 115 pulsations).

A l'examen de la région malade, nous trouvons une fistule siégeant à la partie moyenne de l'apophyse, dans laquelle le stylet pénètre à plus de 15 millimètres en donnant la sensation d'un os friable et profondément altéré.

Douleurs vagues à la pression dans toute la région, rien de bien précis à ce point de vue. Le conduit auditif est sec, la caisse qui n'a plus ni osselets, ni tympan, paraît bien épidermée.

Nous décidons de pratiquer une intervention immédiate et, autant que possible, radicale : le Dr H. Girard veut bien me la confier.

8 août. — Opération :

Large incision verticale dépassant en haut et en bas les limites de l'apophyse : décollement du périoste à la rugine, incision transversale en arrière, décollement et rabattement du pavillon en avant.

Au ciseau, à la gouge et au maillet, et nous aidant de la pince-gouge, nous procédons à l'évidement de l'apophyse qui, tout entière atteinte d'ostéite, disparaît à peu près complètement de la pointe à la base.

Le sinus latéral est mis à nu : sa paroi est fongueuse, mais il paraît souple et perméable.

On termine en faisant sauter, sur le protecteur de Stacke, le pont de l'aditus ; l'os, altéré au voisinage de l'autre, paraît sain en approchant de la caisse.

L'opération ayant duré plus d'une heure, et le malade nous ayant donné quelques inquiétudes au point de vue de sa tolérance au chloroforme, nous jugeons prudent de nous en tenir là pour le moment, bien que l'aspect de la table interne de l'os, à l'angle postéro-supérieur de la brèche pratiquée, nous fit craindre de n'avoir pas enlevé tout le tissu osseux malade.

Nous étions loin de nous attendre à trouver des lésions aussi vastes que celles que nous mîmes à jour le surlendemain.

Pansement iodoformé.

8 août	M.	Temp.	37.3	Pouls	112
		S.	37.		84
9 —	M.		36.8		75
		S.	37.		78
10 —	M.		36.9		

Le 10 août l'opération est reprise.

Dès les premières tentatives d'exploration, le stylet pénètre dans la fosse temporale, et un filet de pus se fait jour le long du stylet.

L'os est attaqué au ciseau, puis à la pince-gouge, mais la table externe n'étant pas altérée est trop dure pour pouvoir être sectionnée par la pince-gouge, en même temps que la table interne : la table interne, au contraire, est très friable.

Nous traçons alors au ciseau, dans la table externe, une série de petits sillons hémi-circulaires et, glissant ensuite sous la table interne un des mors de la pince-gouge, nous pouvons alors sectionner, d'un coup de pince, l'os dans toute son épaisseur, par rondelles de 6 à 7 millimètres de diamètre.

Ce mode de procéder est un peu lent et laborieux, mais il nous donne plus de précision que le trépan et nous permet mieux de limiter notre intervention aux parties malades.

Conduits par les lésions osseuses, nous sommes amenés à inciser les parties molles jusqu'à la protubérance occipitale externe : nous les libérons par de petites incisions verticales, puis explorant avec soin tous les points malades, et sectionnant à mesure l'os au ciseau et à la pince-gouge, nous arrivons à mettre à jour un énorme abcès extra-dural, de 9 centimètre de long. sur 2 ou 4 centimètres de large (suivant les régions), limité en bas, à l'insertion de la tente du cervelet, en avant, à la base du rocher, en arrière, au pressoir d'Herophile, et en haut par un bord festonné de forme irrégulière.

La quantité de pus qu'il contenait peut être difficilement estimée, car il n'est évacué que par coulées successives, suivant les progrès de l'intervention ; les témoins ont pu l'évaluer à un demi verre ou un verre à bordeaux.

La face profonde de l'abcès est formée par la dure-mère qui est tomenteuse, mais ne paraît pas profondément altérée.

Attouchement au chlorure de zinc, drains, et sutures des parties molles : pansement iodoformé :

14 août. — Renouvellement du pansement, aucune élévation de

température jusqu'au 18 (38,3) : dans la suite tout marche à souhait et le malade est envoyé dans sa famille le 20 octobre.

Revu deux ans après, n'a plus jamais souffert de la tête, l'état général est excellent et l'embonpoint rend l'ancien opéré méconnaissable.

On remarquera qu'un aussi vaste abcès endo-cranien ait pu évoluer complètement sans aucun signe ni objectif ni subjectif.

En effet, à part le léger mouvement fébrile du 9 et 11 juin, aucune élévation anormale de la température n'a été observée jusqu'à l'intervention du 8 août ; on a bien constaté le 7 et le 8 au matin une augmentation anormale du nombre des pulsations (110 à 115), mais elle avait déjà disparu après la première intervention (75 à 78), avant que l'abcès extra-dural ne fût ouvert.

Il est peut-être difficile de donner une signification à ce signe, qui paraît plutôt paradoxal, les lésions encéphaliques donnant plus souvent lieu à du ralentissement du pouls : nous n'avons du reste pas de renseignements sur l'état du pouls les jours précédents.

Ce n'est que le 3 août seulement que le malade accuse des vertiges, de la céphalée et des nausées, et comme c'est cinq jours après qu'il a été opéré, l'énorme abcès que nous avons découvert était certainement formé depuis longtemps lorsque ces symptômes se sont montrés pour la première fois.

C'est donc bien *sans aucun signe apparent* qu'a pu se former un abcès extra-dural de 9 centimètres de long sur 2 à 4 de large, avec ostéite de toute la table interne des os du crâne correspondants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE ⁽¹⁾

SESSION ANNUELLE DE 1902.

Président, M. LERMOYER

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Messieurs,

Depuis notre dernière réunion, aucun membre de notre société n'est mort, sauf DALY, de Pittsburg, qui, du reste, n'avait jamais été présent à nos séances.

Cet excellent état sanitaire de notre Société, n'est pas fait pour me déplaire personnellement, puisqu'il m'assure une heureuse longévité : mais, il n'est pas sans contrarier quelque peu votre président, en le privant des effets oratoires qu'il espérait tirer du panégyrique de quelque mort bien en vue.

Je me suis alors demandé comment je pourrais satisfaire aux exigences du programme qui comporte une allocution présidentielle : et, à force de chercher, j'ai trouvé ceci : que, puisque je n'ai pas de morts à célébrer, je ferais l'éloge des vivants. J'ai pensé qu'il ne vous serait pas désagréable de m'entendre prononcer vos louanges, pendant, que, contrairement à l'usage, vous êtes encore de ce monde pour vous en réjouir.

Malheureusement, vous êtes trop. Notre Société est si prospère, que toute la France oto-rhino-laryngologique s'y donne rendez-vous : et chaque année voit s'adjoindre à nous de nouveaux membres étrangers, sans compter les vieux amis de la première

(1) Compte rendu par M. H. BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux.

heure, Moll, Delsaux, Cheval, Delie, et tant d'autres, qui ne manquent jamais de nous apporter chaque année la collaboration de leur travail et de leur cordialité. De sorte que, s'il me fallait seulement vous nommer tous, une séance n'y suffirait pas.

Je ne nommerai donc personne, et je ferai l'éloge de la Société en bloc. Elle le mérite. Depuis dix-sept ans qu'elle existe, sa carrière scientifique a été remarquable. Les rapports qui s'y lisent font date dans notre spécialité : et, rien qu'à les réunir en un volume, on constituerait le meilleur traité d'oto-rhino-laryngologie qu'on puisse souhaiter. C'est ici qu'ont vu le jour la plupart des progrès qui ont été réalisés chez nous : et, pour ne citer qu'un exemple, n'est-ce pas à cette tribune qu'a été pour la première fois établie la géniale méthode de traitement des sinusites de la face que notre confrère Luc a imaginé pour l'honneur de la spécialité française, et, qui, après vingt ans de tutelle allemande, a été le premier acte important par lequel elle ait enfin affirmé sa majorité ?

Cette prospérité, notre société la doit tout d'abord à vous tous qui ne manquez pas chaque année de lui apporter le meilleur de vos travaux. Elle la doit aussi à votre bureau... oh ! non pas à votre président, être plus ou moins décoratif, dont le rôle est de venir ici le soir du premier lundi de Mai, vous réciter une improvisation soigneusement préparée : mais à notre intègre trésorier ; à notre dévoué secrétaire général, notre grand, notre gros ressort, sans lequel notre organisme risquerait souvent de rester en panne. Et aussi à un de ses membres que sa modestie m'empêche de vous nommer, mais que vous aurez tous reconnu quand je vous aurai dit que son dévouement est à la hauteur de son mérite, puisqu'il consent à reprendre au pied levé un rapport qu'un deuil cruel a empêché notre confrère Gaudier de nous apporter : et, je suis sûr d'être votre interprète à tous, en transmettant à l'un nos plus sympathiques condoléances, en assurant l'autre de notre gratitude.

Messieurs, notre société a un mérite plus grand encore : c'est la bonne harmonie qui y règne. Chaque année, quand revient le printemps, c'est pour nous une réelle joie que de nous retrouver, à laquelle ne s'ajoute aucune arrière pensée. Nulle contrainte ne se mêle à nos relations. Nos discussions sont courtoises, nos contradictions sont aimables ; votre bienveillance mutuelle fait votre plus grand charme. La chose est assez rare pour mériter d'être notée. Tous les organes n'ont pas comme l'oreille et le larynx la chance de vivre dans une paix aussi sereine. Descendez chez nos voisins les oculistes : et sans doute remarquerez-vous entr'eux

quelque trouble d'accommodation. Vous citerai-je les chirurgiens, incisis même dans leurs discussions : et les accoucheurs, dont la Société n'a pu naître viable que sous forme gémellaire !

Et vous avez raison, Messieurs, d'agir ainsi, car en ceci votre intérêt est du côté de votre devoir. Nous n'avons pas encore achevé de conquérir à nos doctrines le grand public médical : et, trop souvent, la routine diathésique rôde autour de nous, cherchant quelque fissure par où elle puisse s'insinuer pour nous mieux diviser. Serrons donc nos rangs : unissons nos efforts dans un but commun d'apostolat : et prenons comme règle invariable de conduite que s'il peut exister entre nous des divergences d'opinions, il ne doit jamais y avoir de dissensions de sentiments.

COLLINET, rapporteur. — **Traitement des sténoses fibreuses du larynx.** — Nous aurons en vue dans cette étude les sténoses cicatricielles du larynx et les sténoses inflammatoires chroniques de la muqueuse, de la sous-muqueuse ou du périchondre qui aboutissent à la formation d'épaississement plus ou moins fibreux des tissus mous du larynx et se comportent comme un rétrécissement cicatriciel.

Traitement préventif. — Le traitement préventif consiste à traiter d'une façon spéciale les affections susceptibles de causer un rétrécissement laryngé.

a) *Rétrécissements spontanés, c'est à-dire non traumatiques.* — Ils se produisent à la suite d'une maladie du larynx primitive ou secondaire. Les affections inflammatoires primitives du larynx capables de donner lieu ultérieurement à un rétrécissement cicatriciel sont rares. Dans certains cas cependant d'abcès sous-muqueux profond de périchondrite, on a vu se développer des sténoses chroniques, cicatricielles (Concetti), surtout s'il y a mortification d'un fragment de cartilage et si les tissus mous ne sont plus soutenus en certains points par le squelette. En général une incision précoce suffit à entraîner une terminaison favorable.

Chez l'enfant, les laryngites aiguës suffocantes, les laryngites sous-glottiques aiguës traitées ou non par le tubage peuvent provoquer des sténoses persistantes. Le tubage et la dilatation précoce, une fois les accidents aigus disparus, s'opposeront à la constitution d'un rétrécissement fibreux.

Chez l'adulte, la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique peut être cause de rétrécissement par épaississement et transformation fibreuse du tissu conjonctif sous-muqueux. La sup-

pression des causes d'irritation du larynx, avec un traitement local et général approprié pourront empêcher l'affection d'aboutir au rétrécissement.

Le larynx peut être pris secondairement au cours de la rougeole, de la scarlatine, de la varicelle, soit que l'élément éruptif, se faisant jour au niveau de la muqueuse laryngée, revête la forme ulcéreuse grâce à des infections secondaires, soit qu'il se développe un œdème de la glotte nécessitant une intervention ; soit qu'une inflammation profonde du périchondre et de la sous-muqueuse aboutisse à une nécrose plus ou moins étendue du squelette cartilagineux. La fièvre typhoïde mérite une mention spéciale par la fréquence et la gravité des lésions laryngées ; un grand nombre des cas de sténose laryngée chroniques relevés par l'auteur sont consécutifs à la fièvre typhoïde.

Les pulvérisations antiseptiques faibles, l'antisepsie buccale, nasale et pharyngée, les injections intrachéales d'huile mentholée sont de bons moyens prophylactiques des lésions laryngées des maladies aiguës. En cas de suffocation on devra avoir recours d'emblée à la trachéotomie. La plupart du temps, on aura des sténoses consécutives qu'on s'efforcera de prévenir par le tubage ou la dilatation dès que ce moyen pourra être employé.

Certaines maladies spécifiques : lèpre, lupus, tuberculose, syphilis sont susceptibles de provoquer la sténose par infiltration puis rétraction cicatricielle.

La lèpre se localise rarement sur le larynx, elle a une prédilection pour l'épiglotte, qui est déformée, recroquevillée ; plus rarement elle atteint les cordes vocales et les bandes ventriculaires.

Le lupus se localise également de préférence au vestibule laryngien ; les rétractions qu'il provoque peuvent devenir très serrées mais sont rares en général.

La tuberculose laryngée provoque la sténose soit par la cicatrisation d'ulcérations, soit par l'évolution lente de la forme fibreuse de l'affection.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires se cicatrisent vicieusement, créant des adhérences entre l'épiglotte et les parties voisines, entre les cordes. L'infiltration sous-glottique tertiaire est particulièrement dangereuse parce qu'elle peut être confondue avec d'autres laryngopathies. Les périchondrites, les bronchites suppurées aboutissent à la sténose malgré le traitement spécifique.

Dans tous ces cas le traitement général pratiqué à temps est le meilleur traitement préventif.

La diphtérie soit directement, soit indirectement (v. plus loin

tubage, trachéotomie) entre pour une part considérable dans la genèse des sténoses laryngées. Par elle-même elle est susceptible de les provoquer soit par le fait de la cicatrisation d'ulcérations, soit du fait d'une périchondrite. La sérothérapie est le traitement préventif tout indiqué.

b) *Rétrécissements traumatiques*. — Ils sont accidentels ou chirurgicaux.

En cas de brûlure on évitera le tubage qui ne ferait qu'aggraver les lésions, et on préférera la trachéotomie, si besoin est.

En présence d'une fracture du thyroïde Mirroli s'est contenté de faire l'extension continue de la tête, le malade a guéri. Quelques auteurs conseillent la trachéotomie immédiate à titre préventif; d'autres la thyrotomie qui permet de régulariser les plaies, redresser les cartilages, enlever les esquilles; d'autres, le tubage qui prévient la dyspnée et joue le rôle d'attelle interne. De toutes façons, il sera bon de faire, dès la cicatrisation, des séances de dilatation préventive contre une sténose toujours à craindre.

Dans les cas de coupure du larynx, on devra suturer le plus soigneusement possible les bords de la plaie, Molly, Carry et Koch conseillent en outre la trachéotomie préventive. Sargnon, en cas de plaie extérieure petite et de phénomènes d'hématome ou d'œdème laryngien conseille le tubage.

Pour les piqûres, les plaies par armes à feu le tubage est préférable, sauf indication ultérieure de thyrotomie ou de trachéotomie.

Parmi les causes chirurgicales, on doit envisager surtout le tubage et la trachéotomie.

En dehors de l'inexpérience de l'opérateur (ulcérations traumatiques, fausses routes) on peut, avec Boulay, classer de la manière suivante les divers modes de production des ulcérations consécutives au tubage.

La pression du tube sur la muqueuse malade détermine des ulcérations au niveau du cricoïde, de la base de l'épiglotte, de la partie antérieure de la trachée correspondant à l'extrémité inférieure du tube.

La multiplicité des tubages ne devrait pas être incriminée d'après les recherches cadavériques de Variot et Bayeux.

La matière du tube a été incriminée : Lefferts, Masséi, Richardièrre, Bonain, préfèrent les tubes en ébonite, plus légers. Sevestre et la majorité des auteurs préfèrent les tubes métalliques, plus aisément aseptiques et sur lesquels on peut mieux constater des taches révélatrices d'ulcérations. Tsakiris recommande les tubes

en aluminium. La durée du tubage a une importance capitale. Les causes de l'intubation prolongée, en dehors de la persistance de l'affection primitive, sont : l'irritation ou l'ulcération de la muqueuse par le tube avec production d'un œdème persistant (O'Dwyer), les spasmes du larynx chez les enfants nerveux (Sevestre-Richardière). Contre ces accidents on a préconisé la suppression systématique ou opportune du tube (Boulai). Sevestre remplace systématiquement le tubage par la trachéotomie, si le sixième jour l'enfant ne peut se passer de son tube. Si l'état général est mauvais, s'il existe une rougeole, il conseille même d'abréger cette période.

L'opportunité de la suppression de l'intubation est indiquée quand il y a apparence d'une lésion laryngienne entretenue par le tube. On pourra constater cette lésion avec le laryngoscope ; certains signes de probabilité sont fournis par l'existence d'une tache noire sur le tube en un point qui correspond à l'ulcération, par la nécessité de retuber presque immédiatement le patient. O'Dwyer dans le cas d'intubation prolongée conseille l'emploi de tubes spéciaux, dont la tête a le calibre normal, mais dont le corps et le collet sont ceux de tubes plus petits. Il a pu guérir cinq enfants après une intubation prolongée variant entre vingt-quatre jours et onze semaines. Pour ces intubations prolongées O'Dwyer, Bokai recouvrent le tube d'une mince couche de gélatine, saupoudrée d'alun, qui sert à la fois de protecteur et de pansement pour la muqueuse. Selon Bokai la trachéotomie secondaire pourra être évitée le plus souvent par cette méthode.

Trachéotomie. — Dans la trachéotomie intercricothyroïdienne, la canule peut ulcérer directement la partie inférieure du larynx ; les points les plus fréquemment lésés sont la paroi antérieure de la trachée, la face antérieure du chaton cricoïdien, la partie antérieure du cricoïde. Pour l'auteur, le rétrécissement cicatriciel n'est pas dû à la présence même de la canule, mais à sa mauvaise adaptation (canules trop volumineuses, mal entretenues, à plaques non mobiles). Les canules à fenêtre sur la convexité peuvent aussi provoquer une lésion de la muqueuse, si l'orifice est trop en arrière ou trop en avant et atteint la muqueuse de la paroi postérieure ou antérieure.

Indirectement la trachéotomie haute ou basse interviendrait en mettant trop le larynx au repos, en favorisant la rétraction des lésions primitives, ou la formation de granulations. On devra, aussi bien à ce point de vue que pour empêcher les autres complications de la trachéotomie, laisser le moins longtemps possible

la canule en place et combattre les causes qui peuvent retarder le décanulement. Le diagnostic et l'ablation des granulations peut se faire par la voie buccale ou par la voie trachéale. Dans certains cas on sera obligé d'agrandir la plaie trachéale ou de faire une laryngo fissure.

Certaines opérations endo-laryngées peuvent entraîner la formation de tissu de cicatrice dans le larynx. Dans certains cas la constitution d'une bande cicatricielle pourra suppléer à l'absence d'une corde vocale. Quelquefois il pourra se produire une véritable sténose. Il faut être prudent dans ces interventions et surveiller de très près les suites opératoires.

Après les interventions étendues sur le larynx on a fait des greffes cutanées, cutanéopériostées et même des transplantations cartilagineuses et osseuse..

Traitement palliatif. — Il consiste à assurer la respiration du malade ; il se réduit à un moyen, la trachéotomie. Ce sera le traitement de choix des sténoses dues à la tuberculose et à la lèpre.

Traitement curatif. — Il comprend deux méthodes : la dilatation, la suppression du rétrécissement.

1° *Dilatation.* — Elle peut se faire avant ou après la trachéotomie, suivant que le rétrécissement est plus ou moins large.

Les dilateurs métalliques à branches divergentes sont dangereux.

Les tubes de Schrötter sont très employés et ont donné un grand nombre de bons résultats. Le tube sera laissé en place plus ou moins longtemps suivant la tolérance du malade.

Au début on ne peut le laisser que quelques minutes, ultérieurement il pourra séjourner une demi-heure, une heure, parfois plus longtemps. Il y a intérêt à répéter les séances le plus souvent possible.

Les inconvénients de la méthode sont : 1° de produire des ulcérations qu'on évitera dans la mesure du possible en procédant avec douceur ; 2° de produire un gonflement inflammatoire considérable une fois le tube retiré, d'où nécessité de surveiller le malade dans les premiers temps ; 3° de nécessiter un temps très long. A vrai dire, ce dernier inconvénient est commun aux autres méthodes.

Tubage dilateur avec le tube d'O'Dwyer chez l'enfant. — Boulay conseille de laisser le tube en place vingt-quatre ou trente-six heures ; au bout de ce temps on détube l'enfant pour le retuber au bout de deux ou trois heures avec un tube de calibre supérieur

si possible. On continue ainsi le traitement jusqu'à ce qu'on arrive à passer le tube qui convient à l'âge de l'enfant. A ce moment on espace les séances et on en réduit la durée. Il ne faut cesser le traitement qu'une fois la certitude acquise que la sténose n'a plus aucune tendance à la reproduction.

Tubage dilatateur chez l'adulte. — On pourra le faire soit au doigt, soit sous le contrôle du laryngoscope, tout étant préalablement disposé pour une trachéotomie éventuelle. Si on est obligé d'employer des tubes de petit calibre, il faut qu'ils aient une tête volumineuse, suivant la méthode de Masséi; il est préférable de ne pas couper le fil pour faciliter le détubage. Si le tube est bien toléré, la plupart des auteurs conseillent de le laisser en place pendant cinq ou six jours. Sargnon a même pu laisser un tube en place pendant quarante-deux jours; il vaut mieux alors employer des tubes en caoutchouc durci avec tête en métal.

Moritz-Schmidt, au contraire laisse le tube seulement une demi-heure, trois quarts d'heure.

Les inconvénients du tubage sont l'asphyxie ou la syncope dans les tentatives qui échouent. On pourra être obligé par l'asphyxie de pratiquer la trachéotomie. Moritz-Schmidt a observé une syncope mortelle chez un sujet âgé atteint de dégénérescence graisseuse du cœur. Chez certains syphilitiques le tube n'est pas toléré à cause de l'irritation qu'il produit sur la muqueuse.

Dilatation après trachéotomie. — Les dilateurs à branches divergentes sont alors d'un emploi plus facile et moins dangereux. Ils sont néanmoins peu employés. Ils peuvent être introduits par la bouche ou par la plaie trachéale. Corradi leur reproche avec raison : l'impossibilité de boire après la séance de dilatation, les liquides allant dans les voies aériennes, l'impossibilité de dilater toute la hauteur du rétrécissement, l'action limitée en des points déterminés, la production d'érosions. Néanmoins, pour le rapporteur, ce procédé mérite d'être employé dans certains cas.

Les tubes de Schrötter seront aussi utiles pour obtenir la dilatation après trachéotomie; on aura soin de remplacer la canule ordinaire par une canule fenêtrée permettant de voir arriver le bec de l'instrument dans le larynx.

Les cathéters métalliques de Béniqué, de Garel, de Boulay pourront rendre de grands services pour les rétrécissements étroits; pour s'assurer qu'on ne fait pas fausse route et qu'on pénètre bien dans le larynx, il faudra une canule fenêtrée spéciale.

Les tubes d'O'Dwyer pourront être employés quand le rétrécissement sera suffisamment dilaté pour permettre la suppression de

la canule, ou quand cette canule sera insérée suffisamment bas pour permettre de placer simultanément un tube très court.

Les olives de Trendelenbourg ou plutôt celles de Schrötter se passent dans le larynx de haut en bas à l'aide d'un fil ou d'un mandrin métallique et se fixent sur la convexité de la canule trachéale. Il est rare que l'olive puisse être tolérée plus de quelques heures dans les premières séances. Ultérieurement on pourra la laisser pendant vingt-quatre heures et plus.

Les inconvénients sont la douleur, la réaction inflammatoire, les ulcérations. Garel a fait construire des olives plus petites.

Une fois le larynx suffisamment dilaté, on pourra songer à fermer la plaie trachéale, mais il faudra continuer à introduire de temps à autre les tubes creux de Schrötter.

Si on est en présence d'un rétrécissement très étroit on pourra passer un simple fil dans le trajet à l'aide d'un stylet. Ce fil abandonné à lui-même dilate la sténose et permet de passer un nombre de plus en plus considérable de fils jusqu'à ce qu'un dilateur plus puissant puisse être introduit.

Cathétérisme rétrograde avec les bougies en gomme et les drains en caoutchouc. — Ebstein conseille l'introduction de bas en haut de tubes en caoutchouc très tendus sur un cathéter métallique. Après l'introduction on retire le cathéter, et on coupe le tube au ras du bord de la plaie trachéale, en reprenant son volume primitif le tube de caoutchouc dilate la sténose, et la maintient en place.

Boulay a laissé pendant quarante-huit heures une sonde en gomme dont les deux extrémités buccale et trachéale furent fixées ensemble.

Laminaires. — Corradi introduit la laminaire en l'attirant de bas en haut par une sonde en gomme introduite par la trachée et qu'on fait sortir par la bouche. La laminaire est laissée en place six à douze heures. Elle ne peut être retirée que par la bouche, grâce au fil conducteur qui a été conservé.

Canules dilatatrices. — Elles se composent d'un tube trachéal fenêtré où l'on introduit un ajutage laryngien composé généralement de deux parties pouvant s'écarter l'une de l'autre (canules de Lefort, Störk, Schrötter), elles sont en général mal supportées.

Les canules en T ont un tube trachéal et un tube laryngien destiné à maintenir la dilatation obtenue par un autre procédé. La canule de Luning permet de passer des tubes laryngiens de plus en plus gros qui agissent alors comme des dilateurs.

2^e Suppression du rétrécissement. Opérations endolaryngées.

— Elles consistent à sectionner ou à détruire les tissus rétrécis à l'aide d'un bistouri à lame cachée, ou des diverses pinces coupantes. Le galvano-cautère peut rendre service dans certains cas mais on aura soin d'en user prudemment, à cause des cicatrices rétractiles qu'il peut provoquer.

L'électrolyse a donné dans le seul cas où elle a été employée un succès remarquable à MM. Boulay et Boulay (Congrès de 1900). Ils ont employé comme électrode active une aiguille en platine iridié montée sur un support isolant ayant la forme des instruments laryngiens. Le pôle actif était le pôle négatif. La durée est de deux à trois minutes. On peut faire deux ou trois applications dans une même séance. Le malade de Boulay et Boulay, porteur d'une canule depuis seize ans, put être décanulé au bout de vingt séances. Il n'y a pas eu de récurrence. La dilatation et les opérations endolaryngées avaient totalement échoué.

L'électrolyse linéaire pourrait être essayée ; elle serait peut-être d'un emploi plus commode et plus rapide.

Opérations par la voie externe. — On ouvre le larynx sur la ligne médiane (laryngofissure totale, thyrotomie, cricotrachéotomie) et on enlève tous les tissus constituant le rétrécissement. On peut suturer immédiatement sans laisser d'autre pansement qu'une simple mèche dans le larynx ; ou bien on laisse un tube conformatrice pour empêcher le rétrécissement de se reproduire. Ce tube peut être une canule en T, ou un tube à intubation ordinaire, une canule en verre de Mikulicz ; un tube en caoutchouc amianté (Boulay) serait le moyen le plus simple et le plus pratique.

Lorsque la perte de substance a été étendue on peut essayer de prévenir la récurrence en remplaçant la muqueuse par des greffes de Thiersch (Gersung) ou même par une greffe cutanée, cartilagineuse ou osseuse (Schimmelbusch, Lordez, König, Bies, etc.) ; les fragments de cartilage peuvent être empruntés au thyroïde (König), à un cartilage costal (Mangolott, Nichues).

Réséction partielle ou totale du larynx. — Dans les cas compliqués où les cartilages sont malades, on doit réséquer une étendue plus ou moins considérable du squelette laryngien. On a même réséqué transversalement la région cricoïdienne, siège habituel des rétrécissements invétérés et suturé la trachée au moignon laryngien (Küster).

Le rétrécissement fibreux simple du larynx ne justifie pas une extirpation de l'organe, mais en cas de chondrites et de périchondrites suppurées interminables on est autorisé à employer cette mesure extrême (Krause, Jaboulay).

Choix du procédé à employer. — La conduite à tenir dépendra de la nature, du siège, de l'étendue du rétrécissement. Le rétrécissement tuberculeux n'est pas justiciable de la dilatation ; peut-être dans certains cas de lésions viscérales très limitées, sera-t-on tenté de supprimer, par la laryngofissure, les lésions tuberculeuses et la sténose.

Le lupus peut se trouver très favorablement influencé par les tubes de Schrötter, et des attouchements avec des topiques divers.

Le rétrécissement fibreux d'origine syphilitique ne comporte d'indication spéciale, après insuccès du traitement spécifique, qu'autant qu'il s'accompagne de fistules par périchondrite. Dans ce cas, on songera d'emblée aux interventions laryngées par voie externe avec résection des cartilages nécrosés et du tissu fibreux.

Degré, siège, étendue. — Chez l'adulte il est facile d'apprécier au laryngoscope le siège et le degré du rétrécissement ; on pourra compléter cet examen par l'exploration avec une sonde. Au point de vue du siège, il faut distinguer les rétrécissements sus-glottiques, glottiques, sous-glottiques. Les deux premiers sont susceptibles d'être traités par la voie endolaryngée. Pour les rétrécissements sous-glottiques, s'ils sont membraneux, on fera soit le tubage, soit la dilatation, par le procédé de Schrötter avec ou sans incision préalable.

Pour les rétrécissements peu serrés on pourra se contenter de la dilatation ou du tubage sans trachéotomie ; pour les rétrécissements serrés, on devra faire la trachéotomie, ensuite, si le rétrécissement est mince, il pourra être dilaté brusquement par l'écarteur à branches divergentes avec ou sans incision préalable, et dilaté avec des sondes ou des tubes consécutivement. S'il est étendu en hauteur, on essaiera d'abord la dilatation avec les cathéters métalliques, ou, s'ils ne peuvent passer, la dilatation avec les bougies en gomme, puis le procédé de Corradi par les lamineaires. On reviendra ensuite à la dilatation.

Si le rétrécissement ne se laisse pas vaincre, ou s'il revient sur lui-même du fait de son élasticité on tentera l'électrolyse ou la laryngofissure.

Chez l'enfant, les instruments endolaryngés ne peuvent être employés, sauf sous chloroforme ; en revanche, le tubage sera la méthode de choix quand le larynx aura un certain calibre. Sinon, pour amener le larynx au calibre nécessaire, on emploiera la méthode des mandrins dilateurs, les bougies, la laminaire. D'après Boulay, si au bout d'un an de pratiques diverses de dilatation, on

n'a pas de résultat, on doit recourir à la laryngofissure sans trop tarder ; à cet âge le larynx rétréci risque de rester atrophique et insuffisant pour toujours.

Surveillance ultérieure. — Ces malades, surtout les enfants, doivent être suivis pendant longtemps après la guérison. Il faudra parfois faire à de longs intervalles des séances de dilatation pour maintenir les résultats acquis. A l'occasion d'une laryngite aiguë les tissus peuvent se tuméfier, occasionner une sténose aiguë nécessitant tubage ou trachéotomie.

Discussion.

BOULAY. — La difficulté du traitement des sténoses laryngées dépend plus de l'étendue en hauteur que du degré de stricture.

Dans son cas suivi de succès (Congrès de 1900), l'électrolyse parut indiquée parce qu'on avait affaire à un adulte, à un rétrécissement haut situé. L'électrolyse à l'aiguille permet de voir exactement ce que l'on fait, de limiter son action. Il n'en serait pas de même de l'électrolyse linéaire. Celle-ci ne donne pas, du reste, de résultats durables dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

RUAULT. — Les rétrécissements syphilitiques sont les plus fréquents. Ils sont variables en étendue, en profondeur, ils peuvent être muqueux, sous-muqueux, cartilagineux même comme dans un cas personnel constaté à l'autopsie. En présence des progrès de la chirurgie, il est disposé à proposer dans un cas semblable la laryngofissure d'emblée qui, non-seulement sera curatrice, mais encore permettra mieux que toute autre méthode de se rendre un compte exact de la profondeur des lésions.

MOURE. — Les rétrécissements sous-glottiques peuvent être dûs, en grande partie, à la présence de la canule après trachéotomie intercricothyroïdienne. Avant de recourir à la thyrotomie, il faut d'abord descendre la canule. Cela pourra suffire. M. Schmiegelow a observé des faits semblables.

BONAIN conseille, préalablement à toute autre intervention, l'emploi des tubes d'O'Dwyer qui lui ont donné d'excellents résultats.

PIAGET a vu un rétrécissement syphilitique extrêmement mince, membraneux et cependant extrêmement rebelle.

COLLINET répond à M. Boulay qu'il a proposé l'électrolyse linéaire parce qu'elle lui semblait plus rapidement efficace que l'électrolyse à aiguille ; il pense qu'on pourrait limiter l'action aux

points malades ; mais ce sont des vues purement théoriques, puisqu'il ne connaît aucun cas où elle ait été pratiquée.

Contrairement à Ruault, C. pense que la laryngofissure ne sera, en général, indiquée qu'après échec des divers modes de dilatation.

Il persiste à ne pas croire avec Moure et Schmiegelow que c'est le siège de la canule qui est défectueux dans la trachéotomie intercrico-thyroïdienne, mais l'adaptation de la canule. Il suffisait de changer la canule pour favoriser la guérison.

CASTEX. — Lymphome diffus pharyngo laryngé. — Castex communique, au nom du Dr Thioloix et au sien, un cas rare de lymphome survenu sur un homme robuste et siégeant à l'amygdale linguale, l'amygdale palatine droite, la glande sublinguale droite et dans le larynx sur la bande ventriculaire gauche. Des ganglions, de dimension moyenne, se montraient dans la moitié supérieure de la région carotidienne gauche. Sur la base de la langue, le miroir découvrait cinq ou six bourrelets juxtaposés dirigés verticalement, d'un diamètre de 4 à 5 millimètres en moyenne. Dans les fosses nasales, la muqueuse des cornets moyens avait l'apparence myxomateuse. Le diagnostic clinique semblait bien être : lymphadénome, mais, pour plus de sûreté, Castex prit un fragment avec la pince coupante. La pièce examinée séparément au microscope par les Dr Thioloix et Rabé, montra du lymphome pur contenant de très grosses cellules uniclées. Comme tout le mal ne pouvait être enlevé, et comme aucune indication formelle d'opérer ne se présentait, il fut décidé qu'on ferait au malade des injections sous-cutanées de bibromhydrate de quinine et de cacodylate de soude. Une vingtaine de chaque a été pratiquée.

L'amélioration a été sensible, le néoplasme s'est arrêté dans son développement, les ganglions ont diminué des deux tiers, l'amaigrissement s'est arrêté et le malade a pu reprendre sa vie habituelle.

TOUBERT (de Paris). — Diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures. Ce travail est basé sur dix observations dont deux personnelles. Les conclusions en sont les suivantes :

1° L'anatomie normale indique que dans près de la moitié des cas il existe des cellules mastoïdiennes postérieures. D'où cette déduction clinique que la moitié des mastoïdites peuvent se compliquer de cellulite postérieure : si cette complication ne se produit

pas plus souvent, c'est parce que ces cellules peuvent se drainer spontanément par l'antre ;

2° L'étiologie ne fournit aucun élément de diagnostic : ni l'âge, ni le sexe du sujet, ni la nature ou l'ancienneté de l'otite n'ont d'importance ;

3° L'évolution clinique fournit des signes de valeur différente. Les signes généraux ne donnent aucun appoint au diagnostic. L'examen otoscopique ne peut rien donner. La douleur locale, le long du bord postérieur de la mastoïde, est un excellent signe, malheureusement inconstant. Un œdème ou un abcès localisés à la partie postérieure de la mastoïde sont des symptômes de très grande valeur ;

4° L'intervention est, en vérité, le seul moyen vraiment certain de faire un diagnostic sûr et précis. Cette intervention sera une simple incision cutanée, quelquefois l'ouverture de l'os sera nécessaire : antrotomie ou cellulotomie ;

5° Enfin à l'autopsie (dans les cas malheureux) on fera le diagnostic rétrospectif si l'on pratique avec soin l'examen du temporal à l'aide de coupes appropriées.

Discussion.

MOURE fait remarquer que le plus souvent, au cours des opérations pour mastoïdites, les cellules postérieures ne sont pas isolées, mais communiquent avec l'antre qui, lui aussi, est atteint. Il faut toujours chercher cette communication avec l'antre.

MOURE et LERMOYEZ insistent sur la nécessité absolue d'abattre toujours et complètement la corticale externe, et d'explorer la totalité de la mastoïde, faute de quoi on serait exposé à laisser, sans les traiter, des abcès extraduraux, des abcès de la pointe, etc. Il ne faut pas compter sur les signes cliniques pour les dépister.

GEORGES LAURENS. — Craniectomie pour ostéomyélite du temporal d'origine otique (sera publié *in-extenso*).

M. MOURET (de Montpellier). — Rapports de l'apophyse uniforme avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen. — M. Mouret communique ses recherches anatomiques sur l'apophyse uniforme.

L'extrémité supérieure de l'apophyse ne se détache pas toujours

de la face profonde de l'agger nasi ; elle remonte très souvent plus haut, ménageant entre elle-même et l'agger nasi et la lame des cornets un diverticule plus ou moins grand, qui n'est autre chose que la cellule ethmoïdale que l'auteur a, dans ses précédentes publications, appelée *pré-infundilulaire* par l'intermédiaire de laquelle le sinus frontal s'ouvre assez souvent dans le méat moyen.

L'extrémité inférieure présente des rapports assez bien connus avec le cornet inférieur, le palatin et le maxillaire supérieur : elle contribue à fermer le large hiatus de l'os maxillaire. Lorsque cette extrémité reste peu développée et ne va pas jusqu'au palatin, il en résulte une minceur extrême de la paroi sinusienne à ce niveau, qui peut même se transformer en un trou *très large* parfois, orifice *accessoire* du sinus maxillaire.

Le corps de l'apophyse, plus ou moins large suivant les sujets, peut parfois simuler une tumeur proéminent dans le méat moyen. Cette saillie peut cacher la gouttière de l'infundibulum et masquer l'orifice du sinus maxillaire ; elle peut être prise pour la bulle ethmoïdale.

Elle est due soit à une luxation en masse de l'apophyse dans le méat moyen, soit à une éversion du bord postérieur de l'apophyse, soit à la transformation de la lame unciforme en une vésicule osseuse dans laquelle est creusé un diverticule de la gouttière de l'infundibulum.

Le rhinologiste doit être bien prévenu de ces dispositions possibles pour pouvoir bien s'orienter dans l'inspection du méat moyen.

E. J. MOURE (de Bordeaux). — Tumeurs malignes de l'ethmoïde.
— Dans les cas où l'on est obligé d'intervenir sur l'ethmoïde pour extirper par la voie externe une tumeur maligne, épithéliale, sarcomateuse ou autre, Moure pense qu'il est possible d'enlever complètement cette portion de la partie supérieure des fosses nasales, à l'aide d'une opération relativement très simple et sans gravité.

On rabat d'abord le nez à l'aide d'une incision verticale partant de l'angle interne du sourcil et descendant jusqu'à l'entrée des narines, au niveau de l'insertion de l'aile du nez, sur la lèvre supérieure. Cette première incision étant faite, à l'aide de la rugine, on décolle les parties molles en dedans, au niveau de l'os propre et de l'épine nasale et frontale ; en dehors, sur la branche montante du maxillaire supérieur, jusque vers l'os unguis, en ayant

soin de refouler avec précaution la partie membraneuse du canal nasal, de manière à ne pas créer de fistule extérieure. Ceci fait, à l'aide de la pince-gouge, ou mieux encore des cisailles, on résèque une partie de la branche montante du maxillaire supérieur, une portion de l'os inguis, l'os propre du nez et l'épine nasale du frontal; on crée ainsi une large rainure qui donne accès sur la totalité du corps de l'ethmoïde, et par conséquent permet l'extirpation facile et complète de cet os. Il suffit, en effet, de prendre une gouge qui, d'avant en arrière, suit la lame criblée de l'ethmoïde jusqu'au niveau du corps du sphénoïde, de rabattre ensuite tout ce qui se trouve au-dessous, avec la curette; on obtient ainsi un évidement absolu de la région. Ce procédé permet même d'aller très facilement et sans danger dans le sphénoïde pour opérer les tumeurs de cette région, ou certaines lésions graves nécessitant une opération par la voie externe.

Une fois les choses remises en place, le nez recousu, c'est à peine s'il existe une légère dépression au niveau de l'angle interne de l'œil. Le résultat esthétique est donc parfait.

CHEVALIER (Le Mans). — Une observation de fibro-myxome du naso-pharynx. — Cette tumeur naso-pharyngienne était remarquable par son volume qui atteignait celui d'un œuf de poule; sa base d'implantation était le dos du voile du palais, elle obstruait la fosse nasale gauche, et avait un prolongement vers la fosse nasale droite.

Elle s'était développée chez un jeune homme de seize ans, celui-ci était sujet aux saignements de nez.

L'extraction de ce gros polype fut très laborieuse; la fosse nasale gauche étant très étroite congénitalement et le cornet inférieur très volumineux, il fallut d'abord faire une turbinotomie antérieure. L'extraction à l'anse froide ne fut pas possible, en raison de la dureté du pédicule; elle eut lieu avec l'anse galvanocautique de Chardin, introduite par la fosse nasale gauche, puis à son arrivée dans le pharynx guidée, conduite par l'index gauche sur le pédicule. La section se fit graduellement en faisant passer le courant à courts intervalles.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myxome; à la surface de la tumeur l'épithélium est pavimenteux, par suite du frottement; au début, il est cylindrique, comme on le voit dans plusieurs dépressions de la surface qui n'ont pas été exposées aux frottements.

En dedans est un tissu muqueux avec un substratum fibrillaire très délié et très fin ; on observe des cellules migratrices rondes, des cellules allongées et surtout des cellules du type muqueux, à deux ou trois prolongements, étoilées, caractéristiques ; des vaisseaux réduits à leur endothélium, ou entourés d'une couche musculaire peu épaisse ; de petites logettes remplies d'œdème (polype muqueux à aréoles, polype infiltré).

Au niveau du pédicule ce sont les cellules allongées et le tissu fibrillaire condensé qui font la caractéristique de la coupe prise à ce niveau.

L'auteur de ce travail insiste sur le diagnostic qui peut quelquefois présenter des difficultés ; il faut songer aux polypes fibreux naso-pharyngiens, aux kystes volumineux du naso-pharynx, au polype du nez plongeant dans le cavum.

Le traitement présente aussi des difficultés et il ne faut pas s'en tenir à un mode exclusif de traitement chirurgical.

JACQUES (de Nancy). — **Névropathie nasale et pseudosinusites.**
— Le tableau clinique de l'hydrorrhée nasale peut être modifié par l'hystérie au point de simuler une altération plus sérieuse et particulièrement une sinusite mucopurulente chronique. Dans 2 cas qu'il relate, J. est intervenu sur le sinus frontal, Il s'agissait de deux femmes de 15 et 30 ans, névropathes l'une et l'autre, se plaignant d'une céphalée violente et prolongée à siège sourcilier bilatéral, s'accompagnant de rhinorrhée louche, profuse, et d'une dégénérescence polypoïde des cornets. La diaphanoscopie montrait une obscurité bilatérale des sinus frontaux. Cette obscurité était due à la réduction des cavités frontales ; l'hypersécrétion et la douleur étaient, l'une et l'autre, névrose hystérique et variaient parallèlement l'une et l'autre, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans les rhinites hydroméiques. L'intervention exploratrice pratiquée sur l'un des sinus amena, chez les deux malades, une suppression immédiate et bilatérale des troubles sécrétoires et sensitifs, suppression d'ailleurs temporaire : quatre jours dans un cas et quatre semaines dans l'autre. Dans l'un et l'autre cas survinrent ultérieurement d'autres accidents rhino-laryngés de nature hystérique : aphonie, toux spasmodique.

Dans des circonstances analogues, le diagnostic sera fondé : sur les antécédents névropathiques ; sur l'absence, constatée à plusieurs reprises au laryngoscope, de coulée purulente proprement dite dans les régions méatiques moyenne ou supérieure ; sur

l'aspect particulier de la dégénérescence de la muqueuse, plus pâle, plus flasque, plus régulière de surface et surtout plus diffuse que dans les empyèmes annexiels chroniques et atteignant le cornet inférieur comme le cornet moyen. Le traitement devra essentiellement consister dans les pratiques de la suggestion thérapeutique.

BRINDEL (de Bordeaux). — **Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine.** — J'ai injecté de la paraffine d'Eckstein, fusible à 60° seulement, dans les cornets inférieurs de dix malades atteints de coryza atrophique ozénateux, chez lesquels l'élargissement des fosses nasales par atrophie des cornets et de la muqueuse était porté à son maximum.

J'ai déterminé, chez tous ces malades, l'apparition d'une sorte de coryza hypertrophique artificiel et il en est résulté, en quelques jours, la suppression totale de l'ozène et de la formation des croûtes.

Mes premières expériences ne datant que de deux mois et demi, je ne puis donner que les résultats immédiats qui paraissent excellents. L'avenir seul nous apprendra s'ils sont définitifs comme ils le paraissent.

LANNOIS (de Lyon). — **L'audition dans l'atrésie congénitale de l'oreille.** — M. Lannois rapporte trois observations d'atrésie de l'oreille avec microtie, dans lesquelles l'audition persistait à un degré plus ou moins élevé. Dans 1 cas, notamment, où l'atrésie était double, l'enfant soutenait une conversation ordinaire, allant à l'école, etc. L'examen avec les diapasons montre que dans les faits de ce genre le nerf auditif est conservé : les diagrammes sont ceux des lésions de l'appareil conducteur des sons, tous les diapasons étant perçus par la voie crânienne et la partie inférieure de l'échelle faisant défaut pour la conduction aérienne. Il n'y a pas lieu d'intervenir chez ces infirmes, même dans les cas qui paraissent le plus favorables, en raison des malformations coexistantes de l'oreille moyenne, d'autant plus qu'il est impossible de maintenir la béance du conduit artificiel opératoire.

JACQUES (Nancy) et BERTEMÈS (de Charleville). — **Traitement opératoire des kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur.** — Les kystes issus des alvéoles des dents molaires supé-

rieures se développent principalement aux dépens de la cavité de l'antre d'Highmore, dont ils refoulent le plancher en haut et en dedans.

A ces tumeurs, il convient d'appliquer le *modus operandi*, recommandé en mars 1900 par MM. Jacques et Michel et consistant dans l'extirpation totale de la poche kystique par voie buccale, suivie de mise en communication large de la cavité osseuse résultante avec le sinus maxillaire, puis suture immédiate de l'incision buccale. — Quand, au contraire, le kyste naît des racines des dents antérieures, incisives et canines, la déformation prédomine vers le plancher nasal, en respectant le sinus : c'est, en ce cas, avec la fosse nasale que la communication devra être établie et le drainage pratiqué. Deux observations en font foi, dans lesquelles la guérison a été obtenue en deux et trois semaines, sans lavages prolongés ni tamponnements pénibles pour le malade et fastidieux pour le chirurgien.

H. LAVRAND (de Lille). — **La respiration bucco-nasale est possible.** — Peut-on respirer à la fois par le nez et par la bouche ? Nous avons examiné à ce point de vue cent quatre-vingt-six sujets et chez tous, à très peu d'exceptions près, nous avons constaté la respiration bucco-nasale à l'aide de miroirs placés l'un devant la bouche, l'autre devant les fosses nasales. Il faut, pour le démontrer, que le patient obéisse à deux conditions : 1° qu'il ouvre peu la bouche ; 2° qu'il laisse son voile du palais inerte, sans contraction. Donc, plus l'observation sera simplifiée comme appareils, mieux on parviendra à son but, qui est d'éviter les contractions réflexes perturbatrices du voile.

Chez un malade plongé dans un sommeil à demi-comateux, partant pas de réflexes troublants, nous avons observé très nettement cette respiration bucco-nasale.

Voici, d'ailleurs, les conclusions du travail :

Elle complète la respiration nasale insuffisante pendant un exercice tendant à l'essoufflement. Elle se produit :

1° Lorsque la bouche est légèrement entr'ouverte, car la langue n'est pas alors trop abaissée et le canal pharyngo-buccal n'est pas trop large proportionnellement au pharyngo-nasal ;

2° Lorsqu'en même temps le voile du palais ne se contracte pas, qu'il pend entre la langue et la paroi postérieure du pharynx : il divise alors le courant d'air expiré comme cela se passe dans un tuyau d'orgue ;

3° L'inspiration comme l'expiration peut se faire par le nez et la bouche simultanément;

4° Le soi-disant vide intra-buccal de Donders n'existe pas : il est produit par la succion; par suite, il ne saurait troubler la respiration bucco-nasale.

J. MOLINIÉ (de Marseille). — **Tumeur tuberculeuse de la cloison.** — Le malade, qui fait l'objet de cette observation, était tuberculeux avancé. Il présentait sur la paroi droite de la cloison cartilagineuse une tumeur du volume d'une amande, qui fut enlevée à l'anse galvanique. Malgré cette intervention, cette tuberculose locale continua à évoluer et fut remplacée par une ulcération. L'examen histologique a montré que cette néoplasie était exclusivement composée de cellules géantes séparées par des cellules épithélioïdes et des leucocytes. A la surface, l'épithélium a disparu pour faire place à une ulcération.

Cette observation permet de considérer cette forme de tuberculose nasale comme une infection locale due à l'inoculation du bacille tuberculeux par l'introduction du doigt. La constitution histologique explique la marche habituelle de ces néoplasies tuberculeuses qui se terminent par l'ulcération. Cette terminaison est la conséquence du processus évolutif du nodule tuberculeux qui aboutissait fatalement à la dégénérescence casséeuse.

HAMON DU FOUGERAY (du Mans). — **Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des otites moyennes purulentes.** — L'auteur a été le premier en France à employer dès 1894 les gazes antiseptiques dans le pansement des otites moyennes purulentes. Depuis, il a expérimenté un grand nombre de gazes différentes. La gaze à la quinoline naphtolée de Haug (de Munich) lui a constamment donné les meilleurs résultats.

Aujourd'hui, on trouve dans le commerce trois sortes de gazes à la quinoline naphtolée : la gaze blanche, la gaze jaune et la gaze brune.

Lorsque la quinoline est absolument pure, elle est incolore et donne la gaze blanche. Quand elle contient du leucol, pyrrhol, lépidine et autres amines, elle donne la gaze jaune. Si cette dernière est laissée exposée à l'air, elle s'oxyde et devient brune.

L'auteur a voulu contrôler s'il n'existait pas des différences d'action, au point de vue thérapeutique, entre ces trois gazes. Il est arrivé à conclure, d'après ses très nombreuses expériences, que :

1° La gaze blanche n'est nullement irritante : elle peut même servir de pansement dans les cas d'eczéma du conduit ;

2° La gaze jaune est plus antiseptique (leucol, pyrral, etc.) et doit être employée dans les cas ordinaires d'otites moyennes purulentes aiguës ou chroniques ;

3° La gaze brune convient mieux aux cas de suppurations atoniques ayant besoin d'être stimulées.

L'auteur, avec ces diverses gazes, a fait plus de 20 000 pansements sur plus de 3 000 malades. Il regrette que cette méthode ne se soit pas vulgarisée davantage.

BONAIN (de Brest). — **Cancer du larynx opéré avec succès par voie endo-laryngée.** — Cas très intéressant d'épithélioma tubulé de l'éminence aryénoïde et du ligament aryéno-épiglottique gauches observé chez une religieuse âgée de 52 ans. L'état général était mauvais, la déglutition était très pénible, déterminant des irradiations douloureuses dans l'oreille gauche.

Toutes les parties suspectes furent enlevées avec la pince emporte-pièce antéro-postérieure, en une seule séance ; puis, pour sacrifier aux idées du moment, une dose de 0,25 c. de chlorhydrate de quinine fut administrée tous les jours pendant quatre mois consécutifs et ensuite à intervalles de plus en plus éloignés. La guérison fut très rapide et s'est maintenue depuis vingt et un mois.

L'état du larynx est actuellement aussi bon que possible. D'aspect normal, sauf une très légère déformation du côté gauche, le larynx ne présente pas la moindre trace de récédive ni le moindre trouble fonctionnel.

Avec Fränkel, Scheier et Juraz, M. Bonain est d'avis que l'intervention endo-laryngée contre les tumeurs malignes du larynx ne saurait être abandonnée. Souvent très simple d'exécution, très bénigne dans ses suites, elle amène en certains cas une complète guérison, tout aussi bien qu'une opération par voie externe offrant toujours plus de danger. Elle permet en tout cas, si le succès n'est pas obtenu, une intervention plus complète par voie externe, exécutée après un diagnostic précis et sans arrière-pensée cette fois.

AIMAR RAOULT. — **Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique.** — Il s'agit d'un homme atteint d'une otorrhée ancienne qui fut pris tout à coup de gonflement avec douleur de la

région sus-auriculaire. En quelques jours, la lésion s'étendit à toute la fosse temporale avec œdème de presque la moitié de la face du même côté. Il y avait aussi un œdème inflammatoire de la région mastoïdienne. A la région temporale, on ne trouvait pas de signes nets de fluctuation. Le malade présentait des signes d'infection très marqués.

L'auteur pratiqua une large incision contournant le sillon auriculaire en arrière et en haut et se portant en avant jusqu'au tiers postérieur de la région temporale. Le foyer purulent était situé entre l'aponévrose et le muscle temporal. L'os fut trouvé sain au niveau de la mastoïde et au niveau de l'écaille du temporal. Les jours suivants, il se produisit sphacèle du tissu cellulaire et il s'élimina des lambeaux d'aponévrose.

Lorsque la plaie fut détergée et en voie de cicatrisation, l'auteur alla à la recherche de la lésion otique, point de départ de l'infection.

Le conduit était complètement obstrué par les tissus tuméfiés. Il existait plusieurs points d'ostéite du conduit osseux : l'antre était très réduit de volume. Après le curettage du conduit et de la caisse du tympan, la cicatrisation se fit rapidement.

L'auteur conclut que si, dans ce cas, il y a comme cause primitive de l'infection des points d'ostéite du conduit, on ne peut admettre que ce soit une ostéite ou une périostite par propagation qui provoquent la suppuration de la fosse temporale, car l'os était absolument sain au-dessous du phlegmon.

L. BAR (Nice). — **Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens.** — Il s'agit de 2 cas de phlegmons latéro-pharyngiens, observés depuis leur début jusqu'à leur terminaison, dont l'un aboutit à la résolution complète sans suppuration et par un traitement absolument médical ; l'autre donna lieu bientôt à une collection purulente circonscrite avec phénomène dyspnéique par compression sur le larynx et la trachée. Il guérit par une intervention chirurgicale qui fut l'incision par voie buccale.

Par ces deux observations, l'auteur est conduit à quelques considérations de diagnostic et de thérapeutique.

Le diagnostic précis est souvent difficile, surtout au début où l'inflammation peut être considérée comme un état angineux simple. — Quand la tumeur est formée elle peut, par des phénomènes de compression, déterminer des dyspnées, etc., qu'on est porté, sans examen minutieux, à localiser aux premières voies

respiratoires, d'où quelquefois trachéotomie, etc., conséquence d'une erreur de diagnostic.

Le traitement des abcès se fait par la voie buccale, voie difficile et très dangereuse à cause des morts subites, des hémorragies auxquelles elle expose. La voie externe ou cervicale, beaucoup plus difficile à suivre, est considérée comme plus sûre, surtout celle de Sacch, mais à cause de la peine considérable qu'il y a à franchir, sans faute opératoire, la région carotidienne, la voie buccale est la méthode de choix.

CHAVASSE (Paris). — **Sur un cas de tumeur fibreuse (chéloïde) développée sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite consécutivement à un décollement traumatique sous-cutané, sans plaie, de la peau de cette région.** — La tumeur s'est développée en quatre mois et avait le volume d'un marron. Elle était adhérente au fibro-cartilage et à la face profonde de la peau. L'examen histologique pratiqué, après l'ablation, a montré que la production, constituée par du tissu fibreux, avait pris naissance dans l'épaisseur du derme qu'elle avait atrophié ; fait particulier, elle avait isolé par places des amas de cellules de Malpighi qui formaient de véritables globes épidermiques, assez analogues à ceux d'un épithélioma.

La forme du pavillon fut reconstituée par une opération autoplastique.

Ces tumeurs, assez fréquentes sur le lobule de l'oreille, sont très rares sur les autres parties du pavillon.

TEXIER (de Nantes). — **Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales.** — L'exploration des fosses nasales, à l'aide de la rhinoscopie antérieure et de la rhinoscopie postérieure, reste incomplète ; le bord inférieur du cornet moyen marque la limite de ce que l'on peut voir à la rhinoscopie antérieure pour la fente olfactive et la face externe du cornet moyen cache la vue du méat moyen. Etant donné le nombre des affections de la région moyenne des fosses nasales, un mode d'examen plus complet était nécessaire. Il a été réalisé par le Prof. Killian. Se basant sur la mobilité latérale du cornet moyen et la facile dépression de la cloison, il fit allonger les valves du spéculum de Krammer, qui permit ainsi d'écarter facilement les parois de la région moyenne des fosses nasales l'une de l'autre. Le spéculum dont se sert l'auteur est fait sur le modèle du spé-

culum de Duplay, les valves, d'une largeur de 80 millimètres environ, sont minces, posées l'une sur l'autre à plat, dépolies à leur partie interne et s'écartent à l'aide d'une vis. L'examen des fosses nasales préalablement cocaïnées doit être fait lentement et avec douceur, le spéculum est introduit fermé, soit entre le cornet et la cloison pour explorer la fente olfactive, soit entre le cornet et le méat pour explorer le méat moyen ; poussé plus à fond, jusqu'à la face antérieure du sphénoïde, il permet l'examen du sinus sphénoïdal. Un éperon de la cloison ou une déviation peu accentuée de la cloison ne sont pas un obstacle à l'exploration.

A l'aide de ce procédé, le diagnostic et le traitement des affections du méat moyen, soit qu'elles naissent sur place (polypes, tumeurs, accroissements de la bulle ethmoïdale, sinusite ethmoïdale), soit qu'elles résultent d'affection de voisinage (sinusite frontale ou maxillaire), sera plus facile. Pour les tumeurs de la fente olfactive, ce mode d'examen permettra de voir des tumeurs dont la marche insidieuse est si fréquente.

Enfin, le sinus sphénoïdal, caché par les cornets moyen et supérieur, devient plus facilement abordable à l'aide de ce nouveau spéculum, et en examinant cette région d'une façon systématique dans toutes les suppurations pharyngée ou nasale, trouvera-t-on plus fréquemment des sinusites sphénoïdales.

MAHU (de Paris). — Pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoldien. — L'auteur présente un travail sur la technique détaillée des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoldien, travail basé sur une statistique de 100 cas opérés, soit par M. Lermoyez, soit par lui-même et toujours pansés par lui.

L'auteur attire particulièrement l'attention de la Société sur les points suivants :

1^o Régularité et soins apportés dans les pansements qui doivent être faits aseptiquement tous les deux jours et quelquefois même tous les jours ;

2^o La durée moyenne est de trois mois, mais peut varier du plus au moins dans des limites extrêmement étendues ;

3^o Nécessité d'une épidermisation solide et complète de la cavité creusée dans le rocher et qui devra conserver sa forme primitive après la guérison. L'auteur présente à l'appui deux moulagés d'évidés guéris, dans lesquels le rabattement en volet du

pavillon de l'oreille permet d'apercevoir la forme intérieure de la cavité épidermée. Suivent plusieurs observations relatant des récidives dans les cas où l'on avait négligé de se conformer à cette règle et d'autres très nombreux d'évidés guéris, comme il est dit plus haut, sans qu'aucun d'entre eux n'ait jamais eu de récidive ;

4^e Pour arriver à ce résultat, Mahu pratique le tamponnement méthodique et raisonné de la cavité et la destruction des bourgeons exubérants, des fongosités et des fistules secondaires qui aboutissent, le plus souvent, à des séquestres ou à des débris de cholestéatome ;

5^e L'auteur préfère à la suture immédiate de l'orifice postérieur au moment de l'opération, la fermeture lente et progressive au cours des pansements, une fois que cet orifice a cessé d'être utile pour l'examen de certains recoins de la cavité opératoire.

Aimar RAOULT (de Nancy). — **Instruments pour le morcellement et l'évidement des amygdales.** — L'auteur présente trois instruments destinés à découvrir la fossette sus-mygdaleienne, à sectionner les adhérences maintenant l'amygdale aux piliers et enfin à morceler l'organe hypertrophié. Ce sont : 1^o Un petit couteau boutoné monté à angle obtus sur un manche long et étroit ; il est destiné à sectionner le repli semi-lunaire afin de bien découvrir la fossette sus-amygdalienne. On l'introduit à plat sous ce ligament, puis on le redresse en portant le tranchant en haut, et sur ce tranchant on coupe très facilement le repli membraneux.

2^o Une petite serpe destinée à sectionner les adhérences de l'amygdale. Elle se compose d'une partie mousse droite qui forme l'extrémité de la serpe et sert de chercheur, et enfin de la serpe proprement dite, séparée de la première partie par un ressaut. Ce ressaut empêche l'instrument de déraiper au moment où l'on pratique la section des adhérences.

3^o Une pince gouge fonctionnant par glissement d'avant en arrière. Ce n'est qu'une modification de l'instrument présenté il y a deux ans par l'auteur. Dans celui-ci, l'emporte-pièce a été remplacé par deux cuillers coupantes ressemblant à celles de la pince de Vacher. Au moyen de cet instrument qui peut être manié uniquement de la main droite pour les deux amygdales, on nettoie très rapidement la loge amygdalienne et surtout la fossette sus-amygdalienne. L'auteur a pratiqué un assez grand nombre de morcellements d'amygdale au moyen de cet outillage et a eu toujours de très bons résultats.

Rapport verbal de M. Moure, de Bordeaux, qui, par empêchement de M. Gaudier, a bien voulu sur la demande du bureau, se charger d'introduire la discussion sur cette intéressante question.

MOURE. — Il faut distinguer la conduite à tenir avant et après la perforation de la membrane du tympan.

Alors qu'il n'y a pas de perforation, dans certains cas on peut avoir de vives douleurs, de la rougeur et du gonflement de la membrane, on n'intervient pas, et l'otite guérit ainsi sans perforation, sans jamais se transformer en otite moyenne suppurée ou verte. En pareille occurrence certains auristes font toujours d'emblée la paracentèse, d'autres attendent. Après la paracentèse, la transformation de l'otite en otite suppurée est fatale.

Chez l'enfant, les indications de la paracentèse sont : la douleur très violente, des phénomènes généraux intenses, tout le monde est d'accord sur l'urgence opératoire.

Chez l'adulte, si les douleurs ne sont pas très violentes, si le tympan n'est pas très bombé, s'il n'y a pas de phénomènes généraux, M. est d'avis d'essayer le traitement résolutif : vaseline coignée dans les fosses nasales, inhalations chaudes, révulsion sur la mastoïde au moyen du chlorure d'éthyle, sur le tympan au moyen du mélange de Bonain qui est analgésique. Les indications de la paracentèse seront la persistance et l'intensité des douleurs, la fièvre, l'imminence d'une perforation spontanée haut située.

La paracentèse devra être large, antéro-inférieure.

Après la paracentèse. — A cette période, pas de pansement sec à cause de la rétention possible. On aura recours aux injections doucement et convenablement faites ; elles sont utiles, M. les a vues plusieurs fois faire cesser des phénomènes de rétention dus au pus concrété dans le fond du conduit.

Faut-il insuffler de l'air par la trompe ? non, car c'est la voie suivie par l'infection : On risquerait de plus de rouvrir une plaie tympanique ne demandant qu'à se fermer. La fréquence des injections dépendra de l'abondance de l'écoulement. On continuera l'asepsie nasale et naso-pharyngienne. En un mot, il faut favoriser le drainage et le surveiller.

Lorsque la suppuration devient peu abondante, on remplacera les lavages par le pansement sec.

Quand la perforation se refermant, on constate vers le 15^e jour que la mastoïde est toujours douloureuse, on peut réinciser la membrane ; si les phénomènes douloureux persistent et que la membrane se referme en 24 ou 48 heures, il y a indication formelle à abandonner à elle-même l'otite qui est guérie pour s'attaquer à la mastoïdite qui a évolué pour son propre compte.

Après la guérison de l'otite, quelques insufflations d'air serviront à assurer le retour de l'audition normale.

LUC. — Une fois la perforation faite, nous ne pouvons rien ; la persistance de la suppuration peut être due à la petitesse de cette perforation ; on est en droit de se demander si, en présence d'un écoulement d'emblée et durable, le mieux n'est pas de drainer la caisse par l'autrotomie, en l'absence de tout signe de mastoïdite.

LUBET-BARBON. — Au début de l'otite, avant la perforation spontanée, il vaut mieux faire le plus possible la paracentèse. Si à ce moment l'otite est séreuse, elle ne devient pas fatalement suppurée du fait de la paracentèse.

L. B. est de l'avis de Luc ; toutes les fois qu'un écoulement est très abondant, c'est qu'il y a suppuration de la caisse et de l'antre. On regrette quelquefois de trépaner la mastoïde trop tard, on ne regrette jamais de l'avoir fait trop tôt.

CASTEX. — Les otites paracentesées hâtivement guérissent plus vite que celles où la perforation s'est faite spontanément. Au point de vue fonctionnel, les suites sont meilleures.

LANNOIS. — Une otite aiguë dure trois semaines ou un mois ; si, comme le veut M. Luc, on trépane au bout de quinze jours, il faut encore ajouter trois semaines de pansement. La trépanation ne semble donc pas abréger la maladie.

MOURE répond d'abord à une interrogation de Chavasse qu'il n'enlève pas les végétations adénoïdes au cours d'une otite aiguë ; parce qu'à ce moment elles sont infectées, en état d'adénoïdite.

Quant aux indications de la paracentèse, s'il n'y a pas urgence, on pourra attendre et agir d'après la persistance des douleurs. Pour cette question comme pour celle de l'autrotomie, il est évident du reste que chacun a tendance à conclure d'après quelques faits particuliers. On ne pourrait établir des règles générales que sur des statistiques globales portant sur un nombre suffisant d'observations.

Sur la proposition de son président la Société met la question du

traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée à l'ordre du jour du Congrès de 1904. — MM. LERMOYER, MOURE et LUBET-BARBON sont chargés des rapports.

TEXIER (de Nantes). — **Sur un cas de corps étranger du larynx. — Trachéotomie, suture immédiate. — Guérison.** — Le 13 juin 1901, M^{lle} Marie B..., âgée de 6 ans et demi, nous est adressée par notre ami le Dr Diet, de Saint-Nazaire, pour un corps étranger des voies aériennes supérieures. Cette enfant fut prise dans l'après-midi du 10 juin, en mangeant des prunes, d'un accès de suffocation terrible ; puis, au bout de quelques instants, tout parut rentrer dans l'ordre ; il persista cependant une certaine difficulté dans la respiration. Les parents donnèrent à l'enfant un vomitif qui fort heureusement ne semble pas avoir provoqué de nouveaux accès de suffocation. Pendant les deux premiers jours, l'enfant fut relativement calme, la toux était peu fréquente, suivie parfois d'accès de suffocation mais ne rappelant pas comme intensité l'accès du premier jour. Ils survenaient surtout la nuit et étaient provoqués le jour par les mouvements de déglutition ou simplement par la marche ou à la suite d'efforts. La voix n'était pas altérée. Le père, inquiet de la fréquence de ces accès, se décida à consulter le Dr Diet qui nous l'adressa immédiatement.

La petite malade qu'on nous amène ne présente pas l'aspect d'une enfant dont la respiration est gênée, elle paraît respirer normalement, on perçoit de temps à autre une toux étouffée, suivie parfois d'un léger accès de suffocation, mais sans bruit de clapet, la voix est normale sans caractère particulier.

L'enfant d'une docilité parfaite se laisse très facilement examiner au laryngoscope. Nous constatons au miroir, dans la portion sous-glottique du larynx et à sa partie antérieure, un corps étranger d'aspect noirâtre, il est impossible d'en distinguer la forme et la nature, il paraît immobile ; nous examinons l'enfant à plusieurs reprises et même après un accès de suffocation provoquée par la déglutition d'un peu d'eau, le corps étranger est dans la même situation ; les cordes vocales sont normales et se rapprochent normalement l'une de l'autre.

Le diagnostic de corps étranger (noyau de prune d'après l'interrogatoire) de la partie sous-glottique du larynx s'imposait ; étant donné le jeune âge de l'enfant, nous n'avons pas pensé un seul instant à extraire ce noyau par la voie endolaryngée et nous

avons conseillé la trachéotomie qui fut acceptée pour le lendemain matin.

Le lendemain matin, l'examen laryngoscopique ne donne plus l'image de la veille et je ne vois plus dans la région sous glottique le corps étranger. Il a dû se mobiliser sous l'influence des accès de suffocation et tomber dans la trachée.

Je pratiquai immédiatement la trachéotomie, avec l'aide de mon ami le Dr Vignard, je la fis d'une façon lente et méthodique, sous le chloroforme et avec le miroir électrique de Clark.

Le bistouri me conduisit couche par couche jusqu'au canal trachéal ; l'hémostase étant parfaite, j'incisai les trois ou quatre anneaux de la trachée et à l'aide de deux petits écarteurs mousses, les deux lèvres de la plaie furent écartées. Une respiration un peu forte entraîna le corps étranger au-dessous de l'incision et l'expiration suivante nous le ramena au niveau de la plaie où il fut facilement saisi à l'aide d'une pince.

C'était un noyau de prune de dimension ordinaire (2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur).

La trachée ne présentant aucune lésion apparente, ni gonflement de la muqueuse, ni érosion, ni suintement sanguin ou purulent, nous nous décidâmes à fermer immédiatement la plaie trachéale.

Nous fîmes une suture superficielle des lèvres de la trachée sans perforation des parois à l'aide d'un catgut fin, puis la réunion de la peau et du plan sous-jacent musculo-aponévrotique, à l'aide de crins de Florence sur toute son étendue.

La plaie fut recouverte d'un peu de gaze iodoformée et d'un peu de coton hydrophile que l'on fixa à l'aide de collodion riciné.

Les suites furent excellentes, la respiration s'effectua librement et les quintes de toux disparurent ; il n'y eut pas trace d'emphysème sous-cutané. L'enfant quitta la clinique le troisième jour et le neuvième jour le pansement collodionné et les crins de Florence furent enlevés par le Dr Diet, qui nous écrivit que la plaie était complètement fermée et sans aucune trace inflammatoire.

L'intérêt de cette observation réside dans le manuel opératoire qui consista à suturer immédiatement la trachée après l'extraction du corps étranger. A ce sujet, nous pouvons nous demander quelle conduite tenir en pareil cas. Devons-nous fermer immédiatement la plaie trachéale ou a-t-on de réels avantages à laisser une canule à demeure quelques jours ? Les auteurs des divers traités de

Chirurgie parus dans ces dernières années ne manifestent pas d'opinion à ce point de vue, seul Lejars, dans son *Traité des opérations d'urgence*, émet un avis très net ; d'après lui, on agit plus sagement en ne cédant pas à la tentation de refermer de suite la trachée. Cette occlusion immédiate a presque toujours abouti, dit-il, à la nécessité de rouvrir la plaie. Contrairement à cette opinion, Moure, dans sa communication du congrès de Chirurgie de 1901, nous donne plusieurs observations où la suture immédiate a été suivie de succès sans aucune complication. Vignard, dans la *Gazette médicale de Nantes* (1900) cite un cas heureux d'extraction d'un grain de café après trachéotomie, suivie également de suture immédiate. Pasteau et Vanverts (*Bull. Société anatomique*, 1896) conseillent également ce procédé et les résultats de notre observation sont en faveur de cette méthode.

Nous ne voyons pas nettement les avantages qui résultent du maintien de la canule dans la trachée plusieurs jours après l'extraction du corps étranger. Si l'expulsion a été immédiate ou a suivi de près l'ouverture de la trachée, si la respiration est rétablie, et si comme c'est le cas le plus fréquent, le corps du délit est un corps lisse (noyau de prune ou de cerise, grain de café, haricot), les muqueuses laryngée et trachéale ne présentent pas de gonflement ou d'éraillure et deviennent rarement le point de départ d'infection, seul argument qu'on peut invoquer en faveur du maintien de la canule.

Réels, au contraire et trop souvent redoutables sont les accidents infectieux broncho-pulmonaires qui résultent du port de la canule, soit qu'ils proviennent de l'introduction directe de l'air froid sur les voies respiratoires, soit qu'elles soient consécutives à l'infection de la plaie canulaire.

La suture immédiate évitera ces complications le plus généralement ; sauf une observation de Pasteau et Vanverts où la plaie dut être rouverte, l'enfant étant pris les jours suivants de broncho-pneumonie, les autres observations ne donnent que de bons résultats. On note parfois cependant dans quelques-unes un peu d'emphysème sous-cutané, qui cède rapidement en faisant sauter un des points inférieurs de la plaie.

Pour faire cette réunion immédiate, les deux lèvres de la plaie seront appliquées l'une contre l'autre et suturées superficiellement sans perforation des parois, à l'aide d'un catgut fin, le plan musculo-aponévrotique sera suturé également au catgut, on mettra plusieurs points de suture à la peau. Un pansement à la gaze

iodoformée sera maintenue en place à l'aide d'une cravate ou de collodion riciné, une huitaine de jours.

Les suites sont généralement bonnes, sans trace d'inflammation, la cicatrice a l'avantage d'être à peine apparente au bout de quelques semaines, grâce à la coaptation parfaite des lèvres de la plaie, ce qu'on n'obtient pas si la canule est maintenue quelques jours dans la plaie trachéale.

LUC. — Le danger de la réunion immédiate c'est l'emphysème. Comment fait M. Texier pour le prévenir.

CHAVASSE, LAVRAND sont partisans de la réunion immédiate.

MOLINIÉ est intervenu une fois pour une épingle fixée au niveau de la bifurcation des bronches. L'opération fut longue et laborieuse ; la trachée fut réunie par suture immédiate. La malade n'en fit pas moins une broncho-pneumonie, consécutive aux manœuvres opératoires multiples ; trente-six heures après l'opération apparut un emphysème qui augmenta d'une façon rapide, gagnant le cou, puis la tête, jusqu'à ce que la mort survint.

MOURE n'a jamais observé d'accidents. Le meilleur moyen d'éviter l'emphysème est de ne pas faire une suture complète de parties molles. On s'abstiendra par exemple de placer les deux fils inférieurs sur le plan musculaire et sur la peau.

BROECKAERT (de Gand). — **Des injections de paraffine solide en oto-rhino-laryngologie.** — L'auteur démontre d'abord que la vaseline, fusible vers 38° à 40°, n'offre pas les mêmes garanties, au point de vue de la prothèse chirurgicale, que la paraffine, fusible vers 60°, dont la résorption paraît absolument nulle et qui se caractérise par sa rapide solidification.

Alors que les résultats obtenus par les injections de vaseline sont toujours éphémères, ceux que donnent les injections de paraffine peuvent être considérés comme *définitifs*.

La paraffine fusible vers 56° est la plus favorable pour la prothèse chirurgicale, parce qu'elle permet de ne pas dépasser une température de 65°, et d'éviter ainsi tout accident de brûlure.

Dans le but d'éviter autant que possible le refroidissement de la paraffine ; il faut choisir une seringue spéciale, dont l'aiguille est en argent et a un diamètre très large, la pointe seule étant plus mince et faite en platine iridié.

La méthode des injections de paraffine a déjà trouvé de nombreuses applications. L'auteur l'a appliquée, avec un succès constant, à 16 cas d'*ensellure du nez*. La seule condition indispensable

c'est que la peau ait conservé une certaine mobilité et qu'il n'y ait pas de cicatrices adhérentes.

A l'exemple de MM. Moure et Brindel, Broeckaert a appliqué également les injections de paraffine à la restauration des cornets atrophiés ozénaux.

Il injecte, dans ce but, en plusieurs séances, de la paraffine fusible vers 50°, et dans laquelle il incorpore, dans la proportion de 5 à 10 %, du gaïaforme, qui, au contact des cellules vivantes, se dédouble graduellement en gaïacol et aldéhyde formique à l'état naissant.

Ce ne sont encore là que des tentatives sur lesquelles l'avenir seul pourra se prononcer.

Comme autres indications de la méthode de Gersuny-Eckstein, il faut citer certains troubles du langage, certaines difformités du pavillon de l'oreille, certaines fistules mastoïdiennes.

Les observations déjà nombreuses prouvent que le procédé des injections de paraffine solide constitue une des plus élégantes acquisitions de la chirurgie moderne, et est appelé à rendre des services considérables en oto-rhino laryngologie.

MOLL rappelle qu'il a lu récemment l'observation publiée à Edimbourg d'un cas d'amaurose consécutive à une injection de paraffine, probablement par embolie. Ce n'est donc pas une méthode inoffensive.

MOURE confirme les résultats communiqués par M. Brindel. Il a eu par contre des mécomptes dans un cas de cicatrice adhérente, la plaie ayant suppuré. Il est très important d'opérer avec une paraffine pure, convenablement préparée. A Edimbourg, on a peut-être employé non la paraffine, mais la vaseline.

VACHER (d'Orléans). — **Emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.** — (Publié *in extenso*).

LUC (de Paris). — **De la leptoméningite consécutive à la cure radicale de l'empyème frontal chronique.** — Le cas qui fait l'objet de cette présentation est le deuxième observé par l'auteur sur un total d'une vingtaine. L. rappelle que chez son premier malade les accidents éclatèrent dès le lendemain de l'opération et aboutirent à la mort au bout de 3 jours. Chez le deuxième, au contraire, ils n'éclatèrent que le 4^e jour mais emportèrent le malade en 48 heures. Chez tous les deux la symptomatologie se borna à l'hyperthermie, à une céphalée aussi bien occipitale que frontale, et

secondairement à de la raideur de la nuque. La réouverture du foyer dès l'apparition des premiers accidents montra que sa désinfection avait été et était restée parfaite. Force est donc d'admettre qu'il y eut infection de l'espace sous-arachnoïdien à travers les voies circulatoires intra-osseuses de la paroi profonde du sinus, au moment du curettage de cette paroi.

Chez ce 2^e malade, l'ouverture crânienne fut pratiquée dès le lendemain de l'apparition des accidents. La dure-mère saine fut incisée, il s'écoula alors une grande quantité de liquide céphalo-rachidien clair, mais qui contenait des streptocoques. Cette intervention n'eut aucune influence sur la marche des accidents.

VACHER (d'Orléans). — **Note sur l'extrait de capsules surrénales.** — L'action des capsules surrénales est connue et son emploi tend à se généraliser rapidement. Bien que l'adrénaline ait une action bien plus forte, l'extrait de capsules représentant son poids de capsules fraîches est suffisant dans tous les cas, et il est très facile de s'en procurer.

J'appelle l'attention sur l'emploi de ce médicament dans les catarrhes aigus de la trompe d'Eustache, compliquant le coryza aigu. En quelques minutes, il permet de désobstruer la trompe et de faire le catéthérisme; répété deux ou trois fois par jour, son action est merveilleuse et constitue un traitement véritablement abortif, préservant des complications otiques. Dans la laryngite aiguë des chanteurs, un attouchement à l'adrénaline décongestionne instantanément les cordes et permet de chanter plusieurs heures. Mais, à la suite, peut survenir une aphonie. Il faut bien se persuader qu'à la vaso-constriction très intense produite par l'adrénaline, succède une vaso-dilatation aussi forte et se méfier des hémorrhagies secondaires. Dans les opérations pratiquées après usage de capsules, il est plus prudent de faire toujours un léger tamponnement, qui préserve des hémorrhagies secondaires.

ESCAT se loue de l'adrénaline comme hémostatique, grâce à elle, il a pu découvrir et extraire sans une goutte de sang une balle de revolver logée dans l'ethmoïde.

MOURE et LUBET-BARBON attirent l'attention sur les hémorrhagies secondaires très importantes consécutives à l'emploi de l'adrénaline pour les opérations intra-nasales.

MOURE, JACQUES, MAHU ont observé, après l'emploi de l'adrénaline dans les coryzas, une amélioration passagère suivie d'une aggra-

vation des symptômes, en particulier d'une hydroporrhée extrêmement abondante.

LERMOYEZ, qui a observé les mêmes effets, fait remarquer qu'ils sont conformes aux données à la pathologie générale, et que plus la vaso-constriction due à l'adrénaline est intense, plus intense sera la vaso-dilatation paralytique consécutive. Il est intéressant de voir que cette vaso-dilatation provoque de l'hydroporrhée, ce fait est en faveur de la théorie qui attribue à l'hydroporrhée essentielle une origine vaso-motrice.

VACHER. — Contre l'hémorrhagie secondaire, il faut toujours pratiquer un tamponnement préventif après les opérations intranasales. Pour ce qui est de l'hydroporrhée, elle existe en effet, mais cela n'empêche pas le coryza de guérir en deux ou trois jours.

LERMOYEZ appelle l'attention sur la possibilité d'accidents cérébraux graves, dus à l'hypertension artérielle, en particulier chez les sujets athéromateux, consécutivement à l'emploi de doses trop élevées d'adrénaline.

MOURE, dans cet ordre d'idées, a noté quelquefois des vertiges, de la céphalée, il croit que par un dosage convenable on pourra à l'avenir éviter ces accidents.

CASTEX. — **Débuts de la surdité.** — Il est des indices assez caractéristiques qui annoncent le début des surdités.

Chez l'enfant : on croit souvent à de la distraction quand c'est l'oreille qui entend mal. Le fait d'écouter l'interlocuteur en le regardant obliquement peut mettre sur la voie du diagnostic. La puberté, chez les filles, fait parfois paraître une surdité latente.

Chez l'adulte : l'habitude de faire répéter une question ou un ordre donné est significative. C'est au théâtre que quelques sourds ont découvert leur infirmité, parce qu'ils sont obligés de s'approcher de plus en plus du premier rang de l'orchestre, ou parce qu'ils perçoivent mieux la musique que les paroles. Pour d'autres, c'est l'impossibilité de suivre une conversation générale. La voyelle ou est la première dont on perd la perception. Certains malades, atteints de sclérose tympanique, entendent bien au téléphone, parce qu'il y a contact avec les récepteurs. La voix des sourds peut être un indice ; les scléreux de l'oreille interne parlent haut et ceux de l'oreille moyenne éteignent leur voix parce qu'elle retentit exagérément dans leurs caisses. L'otocopose (fatigue de

l'oreille) est un autre signe de début ; l'ouïe baisse rapidement pour reparaitre après quelques instants de silence.

Chez les vieillards : parfois la presbyacousie peut les faire entendre mieux de loin que de près, ou encore ils percevront mieux la voix chuchotée que la voix haute ; sans doute parce que l'organe affaibli perd l'agilité d'accommodation et de perception, trop de sonorité le trouble dans son fonctionnement ralenti.

ESCAT (de Toulouse). — **Hémorrhagie amygdalienne consécutive à l'emploi d'un morcelleur à mors tranchants. Arrêt de l'hémorrhagie par le tamponnement de la loge amygdalienne combiné à la suture des piliers.** — M. Ruault réprouve avec raison les morcelleurs amygdaliens à *bords tranchants*. Je n'ai pas l'habitude de les utiliser, mais une fois j'eus le tort d'accepter d'un fabricant une pince ainsi construite : la troisième fois que j'y eus recours, je provoquai, chez un homme de 27 ans, une hémorrhagie très grave qui dura près de quatre heures.

J'eus recours contre cet incident, et sans succès, à la glace à l'eau oxygénée, à l'antipyrine, à la ferripyrine, à la gélatine, au perchlorure de fer, au galvano-cautère, à la compression locale, à la compression de la carotide primitive, à l'application du compresseur de Ricord, enfin à des tentatives de ligature.

Je n'obtins la cessation de l'hémorrhagie que par l'engagement forcé d'un tampon d'ouate dans la loge amygdalienne préalablement transformée en canal par deux sutures liant le pilier postérieur à l'antérieur par la méthode de Baum.

De cette observation se dégagent donc trois enseignements :

- 1° Le danger des morcelleurs à bords tranchants ;
- 2° L'infidélité de la plupart des hémostatiques vantés ;
- 3° L'efficacité du tamponnement de la loge amygdalienne préalablement transformé en canal par la suture des piliers.

ESCAT (de Toulouse). — **Sur un procédé d'extirpation des amygdales enchatonnées.** — La traction forcée de l'amygdale au moyen d'un instrument capable de faire saillir l'organe hors de sa loge et de le maintenir dans cette position pendant le morcellement, me paraissant devoir faciliter singulièrement l'extirpation de certaines amygdales enchatonnées, j'ai fait construire à cet effet par Collin une instrumentation spéciale que j'utilise, avec avantage, depuis quelques mois.

Elle se compose de deux érignes spéciales (une gauche et une droite) et de deux pinces de Ruault, modifiées (une gauche et une droite).

L'amygdale harponnée par l'érigne et attirée hors de la loge est saisie par la pince qui se ferme sur le crochet de l'érigne; les deux instruments enchevêtrés emportent l'amygdale. La fermeture des mors de la pince sur l'érigne est rendue possible par deux échancrures semi-lunaires ménagées dans les mors de la pince et constituant, quand ils sont rapprochés, une fenêtre circulaire permettant de loger la partie horizontale du crochet de l'érigne.

VACHER (d'Orléans). — Ablation des amygdales enchatonnées chez l'adulte. — La pince coupante que j'ai présentée l'an dernier pour morceller les amygdales enchatonnées chez les jeunes enfants, constitue encore aujourd'hui un des meilleurs instruments pour curetter la loge amygdalienne. Mais chez l'adulte, dont les amygdales sont fibreuses, on est exposé à avoir des hémorrhagies parce qu'il faut exercer des tractions assez fortes pour rompre les fibres.

J'ai fait construire une pince à mors annulaires *mousses* pour pratiquer une véritable amygdalotripsie. Après avoir serré très fortement l'amygdale dans les mors de la pince, on termine la section des fibres par l'anse chaude. On obtient ainsi le curettage de la loge sans traction et avec le moins de danger possible d'hémorrhagie. On peut placer l'anse avant de saisir l'amygdale, ou prendre ensuite l'amygdale dont le pourtour a été serré par la pince, sectionner les fibres restantes en la faisant saillir en dedans.

JONCHERAY (d'Angers). — Otite moyenne hémorragique. — Une femme, sans cause apparente, fut prise, en l'espace de quelques heures, de surdité unilatérale, vertiges, vomissements, perte de l'équilibre, prostration comme dans une maladie de Ménière. Douleurs peu vives, sans trace d'inflammation. Le tympan bombait dans le conduit et ne cédait pas à la pression d'un épanchement sanguin situé dans la caisse. Double paracentèse donnant lieu à l'issue de sang à peine coagulé et à une détente immédiate des troubles fonctionnels. Suites très simples sans infection secondaire. Guérison en quelques jours. *Restitutio ad integrum*.

L'auteur analyse ce fait et envisage les diverses hypothèses cau-

sales auxquelles il peut faire songer. Il penche pour le paludisme (la malade arrivait du sud algérien) ou un simple état de nervosisme.

GEORGES MAHU (de Paris). — Du morcellement des amygdales chez les adultes. — Présente un nouvel instrument pour morceler les amygdales palatines, de préférence chez les adultes et dans les cas où les amygdales sont de consistance fibreuse ou enchaînée.

C'est une pince dont les mors écraseurs et non coupants, de dimension restreinte (12 millimètres de diamètre environ), sont en forme de calottes sphériques aplaties et dont l'une des branches porte un système de tiges articulées permettant de mettre en mouvement, par simple traction, un petit couteau dont la partie utile se meut circulairement et tangentiellement à la circonférence de jonction des deux mors.

Les principaux avantages de cet instrument, qui, mu par une seule main, peut également morceler les amygdales droite et gauche, sont les suivants :

1° Exiguité des mors permettant l'introduction de la tête du morceleur dans les loges de dimensions réduites ;

2° Innocuité envers les parties voisines et en particulier pour les piliers ;

3° Morcellement en deux temps :

a) Serrage sans écrasement préalable du fragment permettant de vérifier la qualité de la prise.

b) Ecrasement et résection nette au niveau des parties écrasées.

4° Suppression chez le patient de la douleur résultant des tiraillements qu'on se trouve souvent obligé de faire avec d'autres instruments.

MASSIER (de Nice). — Accidents méningitiques d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Evidement pétro-mastoidien. Guérison. — Il s'agit d'une malade atteinte d'otorrhée depuis neuf ans, qui présente, depuis ces deux dernières années, de la céphalalgie violente coïncidant avec de la rétention de pus dans la caisse. En juin 1901, otalgie pénible avec forte fièvre. Vomissements bilieux fréquents. Anorexie, oppression, vertiges, raideur de la nuque, hyperesthésie cutanée. Pertes de connaissance de quinze, vingt et même trente minutes, se renouvelant toutes les deux à

trois heures, pendant trois jours. Tuméfaction et fluctuation péri-auriculaires et douleurs insupportables jusque vers le milieu de l'occipital. Deux confrères posent le diagnostic d'abcès du cerveau et on pratique seulement l'incision de Wilde : issue de pus, on respecte la mastoïde. Légère amélioration. Récidive un mois et demi après : nouvelle incision de Wilde. Les symptômes s'amendent mais réapparaissent le 27 octobre : céphalée violente, raideur de la nuque, vertiges, etc., empatement sans fluctuation et en plus hémiplegie complète du même côté que la lésion avec hyperesthésie cutanée pendant trois jours et qui ne cède que sous l'influence de rigoureuses frictions. On pose pour la troisième fois le diagnostic d'abcès du cerveau et on n'intervient pas. Le 15 novembre, après que les symptômes ont diminué d'intensité, je vois la malade pour la première fois. Je ne pense pas à un abcès du cerveau, rien à ce moment-là ne le laissant supposer, et je pose le diagnostic de phénomènes d'excitation réflexes, partis d'une caisse et d'un antre altérés et en rapport avec de la rétention de pus. L'opération confirme notre diagnostic et l'évidement pétromastoiïdien assure la guérison définitive de tous les phénomènes.

Cette observation est une preuve de plus de la difficulté du diagnostic des complications endo-crâniennes d'origine otique, et avant de conclure à l'existence d'un abcès du cerveau ou d'une méningite suppurée, il faut avoir recours à tous les moyens d'investigation nécessaires, et en assurer la présence d'une façon presque irréfutable.

COLLINET (de Paris). — **Sur un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison.** — Il s'agit d'un homme de 38 ans, ayant des antécédents alcooliques et tuberculeux. Un médecin de banlieue lui fait un tamponnement des fosses nasales pour épistaxis. Le lendemain, le malade présentait une otite moyenne aiguë qui suppura abondamment. Paracentèse large permettant une suppuration abondante. Au bout d'un mois, il se produisait une mastoiïdite, sans réaction, presque latente. Trépanation mastoiïdienne. Evidement large de l'antre et de la pointe qui contient du pus. On curette un petit pertuis situé à la partie supérieure de la brèche, contenant des fongosités : on est ainsi conduit sur la dure-mère. Le lendemain et jours suivants, la température varie entre 38,2-38,3. Le quatrième jour, apparition de signes de thrombo-phlébite du sinus latéral.

Nouvelle intervention : on agrandit le pertuis signalé plus haut, on trouve la dure-mère saine, mais le sinus sans battement. Ligature de la jugulaire qui est saine. Ouverture du sinus, curetage. Guérison.

MODIFICATIONS AUX RÈGLEMENTS DE LA SOCIÉTÉ
FIXATION DES SÉANCES

La société a décidé qu'à l'avenir la première séance du Congrès aurait lieu le lundi matin et non plus le lundi soir. En outre, si le nombre des communications l'exige, il pourra y avoir une séance supplémentaire dans l'après-midi du mardi ou du mercredi.

ADMISSION DES MEMBRES NOUVEAUX

Sur la proposition de sa commission, la société décide qu'à l'avenir les futurs membres devront faire leur déclaration de candidature avant le 31 décembre, pour être nommés l'année suivante. En s'inscrivant, les candidats devront déposer leur mémoire.

La Commission d'admission reste composée de MM. LERMOYER, MOURE et LUBET-BARBON.

ELECTION D'UN VICE-PRÉSIDENT

M. CASTEX est nommé vice-président pour 1903, par 31 voix sur 39 votants.

Questions mises à l'ordre du jour pour 1903.

1° De la dégénérescence bénigne de l'ethmoïde : M. JACQUES, de Nancy, rapporteur ;

2° La ponction lombaire dans les complications intra-crâniennes des otites : M. CHAVASSE, du Val-de-Grâce, *rapporteur*.

Question mise à l'ordre du jour pour 1904.

Le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée : MM. LERMOYEZ, MOURE et LUBET-BARBON, *rapporteurs*.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 5 décembre 1904.

Président : O. CHIARI.

Secrétaire : HEINDL.

1. HARMER. — **Gomme de la trachée siégeant directement au-dessus de sa bifurcation.** — Femme de 56 ans, malade depuis le mois d'avril 1901, époque à laquelle elle fit une chute d'escalier ayant amené une ulcération de la jambe gauche. A partir d'octobre se met à tousser, à avoir de la gêne respiratoire surtout dans les mouvements. Cette gêne respiratoire va en augmentant, et au mois de novembre la malade entre à l'hôpital pour une dyspnée intense.

A l'examen, le 25 novembre, on trouve sur la paroi postérieure de la trachée, tout près de sa bifurcation, une tumeur saillante, obstruant en grande partie sa lumière. Sur la paroi antérieure se voit, à la même hauteur, une masse infiltrée à surface ulcérée dont les bords sont taillés à pic et qui est recouverte d'un enduit blanc grisâtre.

(1) Compte-rendu par M. GARNIER (du Havre), d'après la *Wiener klin. Woch.*, 30 janvier 1902.

Quoique la malade nie la syphilis, on pose néanmoins le diagnostic de gomme et l'on institue le traitement à l'iodure de potassium. Au bout de trois à quatre jours, amélioration notable de la dyspnée, qui disparaît complètement dans les huit jours.

L'ulcération de la jambe, également d'origine syphilitique, guérit de même rapidement.

L'examen laryngoscopique montre actuellement sur la paroi antérieure de la trachée une surface rouge, inégale, et sur sa paroi postérieure une saillie à peine visible et complètement nettoyée; entre les deux se voient les derniers anneaux de la trachée et l'origine des bronches.

2. CHIARI présente des coupes d'une tumeur pédiculée de 4 centimètres de long et ayant environ l'épaisseur d'un doigt. Cette tumeur provenait de l'amygdale pharyngée d'une dame âgée de 25 ans. Au microscope la tumeur se trouve constituée en grande partie par du tissu adénoïde; elle renferme également du tissu conjonctif en assez grande abondance et de nombreux vaisseaux dilatés. C'est en somme une tonsilla pendula de l'amygdale pharyngée.

Son ablation, pratiquée à l'anse froide, donna lieu à une hémorrhagie assez abondante.

3. CHIARI présente une malade atteinte d'une sinusite maxillaire droite et opérée suivant la méthode de Luc.

Deux ans auparavant on avait ouvert largement son sinus dans la région de la seconde molaire. Comme la guérison n'était pas survenue, Chiari lui fit l'opération de Luc le 9 novembre 1901; l'ouverture de la paroi externe du sinus fut suivie d'une résection large de sa paroi interne et d'une partie du cornet inférieur. La suture n'a malheureusement pas tenu au niveau de l'ancienne fistule buccale, de sorte qu'il y aura lieu d'y remédier par une opération plastique ultérieure.

4. HARMER présente deux cas de sinusite maxillaire opérée.

a) Jeune fille de 20 ans, opérée pour une sinusite maxillaire droite suivant le procédé de Luc; seize mois auparavant la sinusite avait été opérée, mais sans succès, d'après le procédé de Kuster.

b) Homme de 30 ans chez qui fut pratiquée une large communication entre le sinus maxillaire et le nez, but de l'opération de Luc, mais sans ouverture préalable de la fosse canine. Cet homme, atteint d'une sinusite maxillaire gauche, avait été traité successi-

vement suivant les procédés de Cooper et de Kuster, sans qu'il y eut diminution de la suppuration, même après grattage de la cavité.

On lui fit une résection du tiers moyen du cornet inférieur et de la partie correspondante de la paroi nasale jusqu'au plancher du sinus.

Cette opération, qui n'est du reste pas une nouveauté, est facile à faire et aboutit au même résultat que celle de Luc, abstraction faite toutefois du grattage de la cavité du sinus.

5. BIEHL présente un hussard opéré d'une sinusite maxillaire gauche.

Le malade avait subi une première opération par la fosse canine, en 1896 ; l'écoulement de pus, d'abord diminué, avait repris de plus belle, empêchant le malade de se livrer à son métier de forgeron.

BIEHL le réopère le 1^{er} octobre suivant le procédé de Luc : dé-tamponnement et enlèvement des points de suture le sixième jour. A partir de ce jour il n'y eut plus aucun traitement. Le résultat fut excellent : plus d'écoulement de pus par le nez, plus de symptômes douloureux, guérison parfaite de la plaie opératoire.

6. HANSZEL rend compte d'un cas de calcul salivaire.

Ce calcul, qui était logé dans la glande sous-maxillaire droite d'une femme âgée de 75 ans, se composait en majeure partie de carbonate et de phosphate de chaux.

7. FEIN présente un jeune homme atteint de sclérome du nez et du larynx. Les symptômes de l'affection sont si accentués que le diagnostic s'impose. Néanmoins, Fein hésite à se prononcer au sujet de trois petites saillies blanches comme neige que l'on constate sur l'épiglotte et la corde vocale droite, et dont il se propose de faire ultérieurement l'examen microscopique.

Discussion.

WEIL pense qu'il s'agit de plaques de muguet.

RÉTHI en fait des proliférations épithéliales produites par le sclérome lui-même, comme cela se voit fréquemment.

CHIARI affirme que les cicatrices d'ulcérations scléromateuses donnent souvent lieu à de ces épaissements épithéliaux blancs.

8. HEINDL. — **Aphonie et dyspnée spasmodique.** — Sujet de 20 ans, serrurier, amené à l'hôpital pour une dyspnée intense et trachéotomisé aussitôt, le 16 novembre 1900. La dyspnée serait apparue une huitaine de jours auparavant et aurait augmenté progressivement. A la suite de la trachéotomie il se produisit de l'aphonie et toutes les tentatives d'enlèvement de la canule demeurèrent infructueuses.

HEINDL vit le patient le 26 juin 1901 et eut l'impression qu'il s'agissait d'un cas d'hystérie. A l'examen laryngoscopique il trouva les deux cordes vocales fortement accolées l'une à l'autre, présentant souvent même une imbrication de leurs bords libres. Les deux cartilages aryténoïdes restaient serrés l'un contre l'autre aussi bien à l'inspiration que dans les essais de phonation ; cette dernière était du reste impossible et les efforts pour émettre un son n'aboutissaient qu'à de vifs mouvements de défense et à des accès de toux.

On proposa au malade de faire sous chloroforme une soi-disant opération pour remédier à son état. En le chloroformant on se proposait de voir s'il n'y avait pas par hasard une paralysie des abducteurs due à une affection nerveuse autre que l'hystérie.

L'opération acceptée, le malade fut chloroformé ; jusqu'à la période d'excitation, la respiration se fit par la canule ; puis brusquement la respiration fut interrompue par un bruyant accès de toux et le malade se mit à crier et à chanter, ce qui éliminait toute idée de paralysie des abducteurs.

Le chloroforme ayant été poussé jusqu'à la période d'anesthésie complète, on put pratiquer l'examen laryngoscopique et constater la parfaite mobilité des cordes vocales. On s'assura qu'il n'existait pas quelque autre obstacle à la respiration, et on enleva la canule. Le malade fut pansé et continua à dormir d'un sommeil calme après la suspension du chloroforme. Depuis, la respiration se fait sans le secours de la canule et l'aphonie a diminué. Il est vrai qu'il existe encore du spasme lorsque le malade parle et que l'introduction du miroir laryngien provoque toujours de la dyspnée, moins accentuée cependant qu'auparavant.

A l'examen la glotte a l'aspect d'un triangle très allongé, à base postérieure.

Le malade est exercé à parler et à respirer, le port de la canule pendant un an lui ayant fait prendre l'habitude d'une respiration toute superficielle. L'emploi de la cocaïne et de l'électricité n'ont donné aucun résultat.

A propos de cette observation, Heindl rappelle qu'il a été publié des cas analogues et il insiste particulièrement sur le cas cité par Michael, où il fut impossible d'enlever la canule au malade.

Discussion.

FEIN avait eu l'occasion de voir le malade au printemps dernier et il avait posé le diagnostic hystérie après des examens répétés, en se basant sur les deux symptômes suivants :

Apparition chez le malade, et cela sans perte de connaissance, d'accès de contracture provoquant soit de l'opisthotonos, soit de la raideur des membres inférieurs, mobilité par instants des cordes vocales, ce qui excluait toute idée de paralysie des abducteurs.

9. HAJEK. — **Considérations sur la cure radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire et sur ses indications.** — Les sinusites maxillaires aiguës guérissent presque toutes avec quelques lavages pratiqués soit par l'orifice naturel du sinus, soit en faisant une perforation par le méat inférieur ; il y a lieu cependant de faire une exception pour les sinusites d'origine dentaire, lesquelles nécessitent l'extraction de la dent coupable et la perforation de l'alvéole.

Dans ces deux dernières années Hajek a eu à traiter 34 cas de sinusite maxillaire aiguë ; 33 ont été complètement guéris avec au plus quatre lavages. Un seul a résisté au traitement ; or, il fut établi plus tard que cette sinusite soi-disant aiguë datait très probablement de deux ans et avait seulement subi dans ces derniers temps une période d'exacerbation.

Egalement toutes les formes subaiguës et chroniques ne sont pas justiciables de la cure radicale ; un certain nombre d'entre elles, quoique déjà anciennes, guérissent encore sans opération. Il est vrai qu'elles nécessitent, pour guérir, des lavages pratiqués durant des mois et même parfois des années. Pour faciliter ces lavages, l'on a imaginé plusieurs méthodes. La plus simple est celle du Français Jourdain, reprise par Störk et ses élèves, et plus récemment par Weil ; elle consiste dans le lavage du sinus par son orifice naturel. Les procédés de Cooper, Krause et Kuster sont moins conservateurs.

Toutes ces méthodes ont ceci de commun, c'est qu'elles s'efforcent d'obtenir la guérison en débarrassant plusieurs fois par jour la cavité du sinus du pus qu'elle renferme.

Leur action est limitée, attendu que l'orifice créé est trop petit

pour permettre l'exploration de la cavité du sinus et l'enlèvement des parties malades ; ces méthodes échouent donc dans les formes où il y a des lésions sérieuses.

C'est parmi ces cas non guéris que se recrute la première série de sinusites maxillaires justiciables d'une cure radicale.

Il y a lieu cependant de faire remarquer ici qu'une sinusite maxillaire, pour laquelle l'on pratique plusieurs lavages journaliers, ne produit presque jamais de troubles sérieux, et n'oblige pas le malade à se faire opérer. La plupart du temps ce sont les malades eux-mêmes qui désirent à tout prix être débarrassés de leur affection.

Tout empyème durant depuis des années est justiciable de la cure radicale, avant cette restriction cependant qu'il y a lieu d'essayer d'abord les lavages, attendu que des cas même en apparence les plus désespérés ont guéri par la méthode conservatrice.

Néanmoins, souvent les malades demandent à être de suite traités par la méthode dont les résultats sont les meilleurs.

Ces cas constituent la deuxième série d'empyèmes du sinus maxillaire pour lesquels la cure radicale est indiquée.

Hajek fait ensuite une revue critique des différents procédés de cure radicale. Le principe de toute cure radicale de la sinusite maxillaire est l'ouverture large de la cavité du sinus, de façon à pouvoir enlever tout ce qui est malade ; mais cette ouverture n'est possible que par la fosse canine. Or, ce procédé opératoire ayant été indiqué par Desault d'abord, puis repris par Kuster, il serait assez juste de considérer les méthodes d'opération décrites ultérieurement comme étant seulement des modifications du procédé Desault-Kuster.

Il est curieux de constater que l'opération de Kuster n'a presque pas fourni de publication importante sur ses résultats. Chez aucun auteur on ne trouve la citation d'un certain nombre de cas opérés et guéris suivant ce procédé. Il est assez raisonnable de penser que la méthode n'a pas donné de résultats bien favorables. Hajek lui-même a pratiqué plusieurs fois cette opération il y a une dizaine d'années ; malgré ses soins à tamponner et à maintenir béant l'orifice pratiqué dans la fosse canine, il n'y eut aucune guérison. Ce sont des succès analogues qui ont probablement incité différents auteurs à rechercher d'autres interventions plus radicales pour arriver à la guérison.

Dans cette voie, Jansen et Boenningshausen ont été les plus radicaux.

Le premier ouvre largement la fosse canine, enlève entièrement la muqueuse du sinus et y fait pénétrer la muqueuse de la joue. Il épidermise ensuite la cavité en faisant des greffes suivant la méthode de Thiersch. Avec cette méthode le traitement dure des mois et même un à deux ans. De plus, il persiste une communication permanente entre la cavité buccale et la cavité du sinus, ce qui est un gros inconvénient et la source de bien des ennuis.

La méthode de Boenningshausen produit encore davantage de délabrements. Non seulement il enlève la paroi de la fosse canine comme Jansen, mais il y ajoute encore la résection étendue de la paroi nasale. Pour remplacer la muqueuse du sinus totalement grattée, il fait pénétrer dans l'intérieur de la cavité les muqueuses buccale et nasale. Le résultat final est un énorme orifice de communication, tant du côté du nez que de la cavité buccale, ce qui est évidemment loin d'être parfait.

HAJEK décrit ensuite le procédé qu'il a employé lui-même durant quatre ans et demi. Après ouverture sous chloroforme du sinus par la fosse canine et enlèvement des parties de muqueuse malades, il bouchait l'orifice ainsi créé au moyen d'un obturateur conique qui était enlevé plusieurs fois par jour pour pratiquer un lavage de la cavité. Avec cette méthode, sur 37 cas opérés il n'a obtenu malheureusement que 16 guérisons définitives. En somme, pour une cure soi-disant radicale, résultat peu brillant.

De plus, la présence dans l'orifice opératoire d'un obturateur donnait lieu à de nombreux inconvénients, et pour des cas traités pendant longtemps sans succès de cette façon, il fallut finalement supprimer cet appareil de prothèse.

Or, Hajek remarqua que lorsqu'il supprimait ainsi l'obturateur la guérison survenait avec une rapidité extraordinaire : de là lui vint l'idée d'un nouveau procédé opératoire. Il avait déjà opéré plusieurs malades suivant ce nouveau procédé lorsqu'il apprit qu'il avait été précédé dans cette voie par Luc, et antérieurement à Luc par Caldwell, d'où le nom de méthode de Luc-Caldwell donné à ce procédé opératoire dont la priorité appartient incontestablement à ces deux auteurs.

Son opération ne diffère de celle de Luc-Caldwell qu'en ce qu'il n'enlève que les parties de muqueuse visiblement malades et qu'il supprime tout lavage. De plus, il ne résèque pas de la même façon la paroi nasale du sinus, mais ce n'est, en somme, qu'une modification peu importante.

HAJEK décrit sa façon d'opérer qui est la même que celle de Luc

pour la paroi externe du sinus maxillaire. Il s'éclaire également avec le miroir de Clar.

Pour la paroi nasale du sinus, il en résèque la partie inférieure de la façon suivante. Après avoir enlevé la muqueuse qui recouvre du côté du sinus cette portion de la paroi nasale, il enlève l'os au moyen d'un ciseau plat : par l'orifice ainsi créé vient aussitôt faire hernie la muqueuse du méat inférieur.

Il s'agit ensuite de réséquer une portion du cornet inférieur. On y arrive de la façon suivante : une sonde introduite dans le nez permet de faire saillir le toit du méat inférieur qui est incisé sur la sonde. Puis, avec une bonne pince, l'on saisit le bord inférieur de cette incision et l'on sépare du cornet inférieur cette portion de muqueuse qui, libérée par des incisions verticales, devient un lambeau à bord supérieur libre. Ce lambeau est rabattu et maintenu par un tamponnement sur le plancher du sinus dont la muqueuse a été au préalable avivée ; cela permet de voir par la cavité du sinus, la portion concave du cornet inférieur, mais qu'il est encore difficile de saisir et de réséquer. Il faut alors faire une incision horizontale le long du bord supérieur du cornet inférieur, et l'on arrive ainsi à saisir au moyen d'une forte pince le cornet inférieur par en haut, et à l'attirer vers la cavité du sinus ; un bon coup de ciseaux en avant et en arrière de la prise achève de le détacher.

Il ne reste plus qu'à tamponner le sinus avec une bande de gaze iodoformée dont un chef reste dans le nez et à suturer la plaie buccale.

La gaze iodoformée doit être laissée en place huit à douze jours ; dès le huitième jour l'on enlève les points de suture.

Dans la quinzaine qui suit l'on fait deux à trois insufflations d'iodoforme dans la cavité du sinus ; à part cela le malade est laissé complètement tranquille et on ne lui fait absolument aucun lavage. Plus tard seulement, s'il se produit des croûtes gênantes sur la paroi nasale du sinus, l'on peut permettre le lavage du nez soit avec de l'eau salée stérilisée, soit avec une faible solution boriquée. La guérison se produit au bout de quelques mois sans le moindre incident.

Hajak a opéré de cette manière neuf malades dont cinq depuis plus d'un an et qui sont complètement guéris ; des quatre autres, deux sont presque guéris et deux opérés, depuis peu de temps, sont en bonne voie de guérison.

Chez un malade seulement il y a eu un insuccès complet ; il s'agissait dans ce cas d'une sinusite maxillaire compliquée d'une

sinusite sphénoïdale dont l'existence avait été méconnue avant l'opération. Pour ce malade, la sécrétion purulente était encore très abondante plusieurs semaines après l'opération. La guérison survint dès que la sinusite sphénoïdale fut traitée.

En résumé, sans conclure encore d'une façon définitive, l'on peut cependant déjà dire que ce mode opératoire de la sinusite maxillaire donne des résultats si encourageants qu'on ne peut que le recommander avec insistance aux confrères de la spécialité, d'autant plus qu'avec ce procédé le traitement consécutif n'existe pas, ce qui, pour la population pauvre, est très à considérer.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE ⁽¹⁾

Séance du 12 novembre 1901.

Président : LUCAE.

Secrétaire : SCHWABACH.

1. SCHWABACH présente les préparations histologiques du temporal d'un sourd-muet mort de tuberculose aiguë.

Les lésions les plus caractéristiques se trouvent à la base du limaçon dont la spire est envahie par du tissu osseux et conjonctif ; c'est surtout la partie moyenne de cette spire de la base qui est atteinte ; les espaces péri et endolymphatiques sont entièrement comblés et tout ce qui constitue le limaçon membraneux dans cette région a totalement disparu. Au niveau de la fenêtre ronde, le limaçon est moins atteint ; le tissu osseux de nouvelle formation y est moins abondant, mais par contre le tissu conjonctif remplit tous les vides laissés par le tissu osseux.

A mesure que l'on s'élève dans le limaçon, les lésions diminuent ; vers sa partie moyenne on ne trouve plus que des traces de tissu osseux et conjonctif et enfin, à sa partie supérieure, la spire qui se trouve au sommet du limaçon est intacte.

Les portions membraneuses du limaçon, telles que la membrane

⁽¹⁾ Compte-rendu par M. GRINER (du Havre). — D'après la *Berliner klin. Wochenschrift*, 6^e janvier 1902.

de Reissner, la lame spirale membraneuse, le ligament spiral n'ont pas été atteintes ; par contre, l'organe de Corti présente de grosses lésions pour lesquelles il est impossible de savoir avec certitude s'il s'agit d'un processus pathologique ou d'altérations *post mortem*.

Les altérations du nerf auditif sont distribuées de la même manière que les lésions précédentes : plus accentuées à la base du limaçon, elles sont insignifiantes ou même font complètement défaut vers sa partie moyenne et à son sommet. Elle consistent surtout en altérations du ganglion spiral dont les cellules sont soit atrophiées, soit disparues ; le canal ganglionnaire est en partie vide, en partie comblé par du tissu conjonctif ; le nerf cochléaire présente un grand nombre de fibres atteintes de dégénérescence secondaire. Par contre, le nerf vestibulaire n'est que peu atteint.

Le vestibule et les canaux semi-circulaires sont intacts en ce qui concerne leur portion osseuse ; leur partie membraneuse présente des altérations qui peuvent aussi bien être cadavériques que pathologiques.

Toutes ces lésions du limaçon sont très certainement les suites d'une otite interne survenue avec beaucoup de vraisemblance après la naissance, et comme complication d'une méningite cérébro-spinale. Ce qui le prouve, c'est que les altérations de la base du limaçon sont le plus accentuées au niveau de l'aqueduc du limaçon par lequel les inflammations méningées, ainsi qu'on le sait, se propagent souvent à l'oreille interne.

Il n'y a aucun lien à établir entre ces altérations du limaçon et les lésions trouvées du côté de l'oreille moyenne, lésions qui sont à la fois le produit d'une ancienne suppuration de la caisse, depuis longtemps guérie, et le résultat de l'extension récente de la tuberculose à l'oreille moyenne.

Discussion.

HAIKE, à propos du compte rendu de Schwabach, fait remarquer que jusqu'ici il n'existait aucune preuve qu'il puisse se produire de semblables altérations du limaçon durant la vie intra-utérine. Or, cette preuve, il vient précisément de l'avoir en faisant des recherches sur l'état des organes auditifs d'un enfant de quatre jours chez qui l'autopsie avait révélé l'existence d'une encéphalite hémorragique. Dans le limaçon, le nerf auditif présentait des foyers d'hémorragie et de dégénérescence, lésions qui, d'après Haïke, auraient pu aboutir dans la suite à des altérations analogues à celles

signalées par Schwabach. Ces lésions en tout cas se rapprochent beaucoup de celles que l'on trouve dans le cas d'affections récentes du labyrinthe où la maladie causale est soit une méningite, soit une encéphalite.

KATZ rapporte qu'il a examiné les os temporaux chez six adultes atteints de la forme de surdi-mutité dite congénitale. Il a constaté des altérations tantôt légères, tantôt graves de la branche cochléaire du nerf auditif avec amincissement de la lame spirale osseuse, cette dernière lésion étant, d'après lui, caractéristique de l'origine congénitale du processus pathologique.

Dans quelques cas, à côté d'une caisse en bon état et en particulier d'un ligament annulaire intact, il a trouvé un labyrinthe membraneux profondément altéré. Dans un cas les canaux semi-circulaires n'existaient pas, dans d'autres ils étaient comblés par du tissu osseux de nouvelle formation.

KATZ pense que dans ses différents cas il s'agissait soit de propagation à l'oreille interne durant la vie intra-utérine d'un processus inflammatoire parti du cerveau, soit d'anomalie de développement d'origine congénitale. Ses observations cliniques et anatomiques l'amènent à penser que la surdi-mutité congénitale est relativement plus fréquente que celle acquise à la suite d'une méningite, d'une otite interne ou d'une inflammation de la caisse.

SCHWABACH ne trouve pas qu'il y ait des preuves suffisantes pour admettre que les lésions dont il a donné la description puissent avoir été provoquées par une hémorrhagie, comme paraît le croire Haïke.

Quant à l'amincissement de la lame spirale osseuse que signale Katz, Schwabach ne l'a pas constatée dans ses préparations ; au contraire, la lame spirale y est indiquée par une large bande foncée, ce qui serait plutôt en faveur de son épaissement.

2. HAÏKE parle de l'anatomie du sinus carotidien et de son importance au point de vue de la pathologie auriculaire.

Ses recherches l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° La structure du sinus carotidien est analogue à celle du sinus caverneux, mais ni sa taille ni la situation des lacunes veineuses qui la composent ne sont constantes.

2° Avec l'âge les lacunes veineuses se transforment en cavités plus grandes par résorption de leurs cloisons de séparation.

3° Au point où le canal carotidien se coude, c'est-à-dire au niveau de la paroi antérieure de la caisse, le sinus carotidien n'a que de petites dimensions ; aussi sa blessure à ce niveau donnera-

t-elle lieu à une hémorrhagie insignifiante, ce qui permettra d'exclure toute idée de lésion de la carotide à laquelle on serait tenté de penser d'abord.

4° D'après ses préparations histologiques, l'assertion de Rudinger que le sinus et la carotide se partageraient de moitié la cavité du canal carotidien ne serait pas exacte ou au moins toujours la règle.

Discussion.

HEINE trouve que cette dénomination de sinus carotidien peut prêter à une appréciation fausse sur les dimensions et l'étendue de ces lacunes veineuses qui entourent la carotide interne ; il préférerait la voir supprimée et remplacée par celle de plexus veineux carotidien ou plus simplement plexus veineux, puisqu'en réalité ce n'est pas un sinus au sens propre du mot, c'est-à-dire une cavité pleine de sang qui entoure l'artère carotide, mais seulement un réseau de veines dont l'une ou l'autre présente, il est vrai, et encore exceptionnellement, un calibre un peu plus gros.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies professionnelles de l'oreille et des premières voies aériennes (*Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege*, par F. RÖPKE, 1 vol. in-8°, de 143 pages. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902).

Le Prof. Körner, de Rostock, dont les travaux sont si estimés du public français, en raison du bon sens et de la clarté qui les caractérisent, a entrepris d'étudier, dans une série de monographies, « L'otologie contemporaine et ses frontières ». Le premier mémoire de cette intéressante collection est bien connu : c'est celui que Körner a lui-même consacré à l'étude des suppurations du rocher. Voici que paraît un second mémoire, plus ingrat peut-être à lire que le premier, en raison même de la complexité des sujets qu'il aborde : mais s'il ne se prête pas à être parcouru d'une seule traite, il est, au contraire, une réserve documentaire précieuse, un répertoire à consulter, toutes les fois qu'une influence professionnelle semble devoir influencer le diagnostic. Je ne crois pas qu'il

ait été fait de travail plus complet, puisque plus de cinq cents professions y ont été étudiées ; ni de mise au point plus moderne, car on y voit même figurer la pathologie spéciale des conducteurs d'automobile. En somme, un lexique riche en documents, à avoir constamment sous la main.

M. LERMOYEZ.

Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter (les affections otitiques du cerveau, des méninges et du sinus), par le Dr Otto KÖRNER (Wiesbaden, S. F. Bergmann, 1902, 3^e édition, vol. de 216 p. avec fig.).

C'est une économie mal comprise que de voyager avec un vieux Baedeker, car il suffit qu'un renseignement ne soit plus de circonstance pour causer maints ennuis au touriste. C'est une même faute pour celui qui veut suivre la route du pus de l'oreille à l'encéphale, que de se renseigner dans un guide trop ancien. Depuis l'année 1896, où parut la deuxième édition de cet ouvrage, beaucoup de vieux chemins ont été délaissés, pas mal de routes neuves ont été ouvertes. Il est peu de branches de la chirurgie où, comme dans la pathologie encéphalique otogène, nos progrès aient été aussi rapides : c'est que chirurgiens, rhinologistes, auristes y ont concentré leurs recherches, et le succès a couronné leurs efforts.

Aussi cette troisième édition mérite-t-elle d'être lue : on y verra 267 cas d'abcès du cerveau, 314 cas de thrombophlébite du sinus latéral. Les chapitres sur la méningite séreuse, sur la pyohémie ostéophlébitique ont été entièrement remaniés. Des choses neuves telles que la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire, tel que le traitement opératoire des leptoméningites y seront rencontrées.

La clarté et le bon sens critique qui caractérisent les ouvrages de Körner ne manquent pas d'attirer sur cet ouvrage l'attention des vrais auristes qui, peu après, évoluent de la seringue et du cathéter vers la gouge et le maillet.

M. LERMOYEZ.

ANALYSES

I. — OREILLES

Cholestéatome vrai de la fosse crânienne postérieure. Infection par une suppuration de l'oreille moyenne. Guérison après trépanation, par O. KÖRNER (*Archives of Otolaryngology*, n° 4 et 5, 1901).

L'observation est suffisamment indiquée par le titre. Il s'agissait d'un homme de 41 ans ayant eu des maux de tête violents qui eut un gonflement derrière l'oreille gauche après une grippe compliquée d'otite. Il présentait à mi-chemin entre l'oreille et l'occiput une tuméfaction molle, ayant aminci les os et déterminé une perforation osseuse triangulaire qu'on sentait sous la peau.

A la trépanation, cholestéatome supprimé du volume de deux œufs de poule.

M. LANNOIS.

Le cholestéatome du sein, par le Dr H. DOR (*Revue de chirurgie*, janv. 1902).

A propos d'un cas de cette tumeur rare au niveau du sein, Dor s'élève contre l'habitude prise par les otologistes de désigner sous ce nom les masses cholestéariques qui s'accumulent dans les cavités de l'oreille. Comme ces masses n'ont rien de néoplasique et qu'il existe un véritable cholestéatome du cerveau et des plexus choroides, il importerait de faire cesser la confusion en laissant, suivant l'usage, la désinence *ome* aux vraies néoplasies.

M. LANNOIS.

II. — NEZ

Asymétrie des cavités nasales, par A. COOLIDGE (*Ann. Journ. of med. Sc.*, nov. 1901).

Article bien documenté sur les modifications anatomiques et fonctionnelles qui se produisent dans toutes les parties du nez dans

les cas de déviation de la cloison. L'auteur les considère comme des modifications compensatrices d'ordre physiologique. En règle générale, il ne croit pas que les modifications des cornets et de l'ethmoïde soient dues à une augmentation ou à une diminution du courant d'air : il n'admet pas non plus que la déviation de la cloison puisse être attribuée à une asymétrie primitive des cornets.

Au total, l'ethmoïde et les cornets sont doués d'une propriété d'adaptation nutritive qui réduit au minimum les troubles causés par la déviation et peut même les annihiler complètement. Toutefois, lorsque la déviation porte sur l'entrée même des narines, l'adaptation ne peut se faire.

Au courant de l'article, l'auteur rapporte une observation d'obstruction choanale gauche par une plaque osseuse.

M. LANNOIS.

Trombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur dans les sinusites frontales, par KILLIAN (*Archives of Otology*, nos 4 et 5, 1901).

Revue générale basée sur les cas antérieurement publiés. L'auteur n'en cite que cinq qui sont ceux de Carver, Macewen et Miller, L. Müller, E. Fränkel, Roth. Au point de vue clinique il distingue cinq périodes : 1° prodromes : symptômes de sinusite frontale, fièvre, céphalalgie frontale ; 2° stade initial : douleur dans la région pariétale ; 3° stade d'abcès localisés : symptômes variables selon la localisation de l'abcès ; 4° stade pyémique : frissons, fièvre rémittente, complications pulmonaires, hypertrophie de la rate, etc. ; 5° stade terminal : symptômes de méningite se développant de un à quatre jours après le début.

Six bonnes planches de sinus dont cinq empruntées à Poirier et à Breschet.

M. LANNOIS.

Tuberculome géant des fosses nasales, par F. RUEDA (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*, janvier-février 1902, année XIII, n° 115).

Riedel a, le premier, décrit, il y a vingt ans, les tumeurs tuberculeuses des fosses nasales : fait si rare, que, plusieurs années après, Schäffer considérait le cas de Riedel comme unique dans la science. Plus tard, Chiari, Hajek revinrent sur la question et en fournirent quelques exemples. Le cas que rapporte Rueda présente un grand intérêt.

Il s'agit d'une femme qui portait une tumeur volumineuse de la fosse nasale droite : d'où obstruction nasale, écoulement mucopurulent, épistaxis abondants et névralgie sus-orbitaire droite : aucun trouble de l'état général. La tumeur fait hernie par la narine : elle a déformé la racine du nez et, en arrière, elle fait issue hors de la choane : elle ne paraît pas contracter d'adhérences. Un fragment de cette masse, soumis à l'examen de Ramon y Cajal, est reconnu comme étant du tuberculome.

L'ablation en est faite à l'anse, chaude, par morcellement, en plusieurs séances. La masse est homogène dans toute son étendue : elle a une couleur gris rose et présente la consistance de foie gras. On constate qu'elle a un pédicule comme inséré sur la cloison, au point de convergence du cartilage quadrangulaire du sinus et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

M. LERMOYEZ.

Enormes sinus frontaux, par PATEL (*Lyon médical*, 2 mars 1902, n° 9).

P. présente à la Société des sciences médicales de Lyon une pièce anatomique où le sinus frontal avait atteint un tel développement que la moitié antérieure du frontal, toute la voûte orbitaire, les apophyses clinoides et la selle turcique étaient dédoublées.

Voici la description qu'en donne l'auteur, d'après le « *Lyon médical* ».

Le sinus frontal remonte en haut jusqu'au milieu de l'os frontal et dépasse en dehors l'apophyse orbitaire externe. Sa capacité est considérable. Sa face antérieure est très mince et très fragile. Le plancher est irrégulier, formé de saillies et de cloisons incomplètes très nombreuses, irrégulières. A sa partie postérieure, au lieu d'avoir un bord, résultant de l'union du plancher et de la voûte, il présente une face véritable, avec des saillies et des cloisons.

Il s'agit de cellules ethmoïdales postérieures très développées qui viennent faire saillie dans le sinus frontal ; elles dédoublent toute la voûte orbitaire, jusqu'au bord postérieur des petites ailes du sphénoïde ; l'apophyse clinéoïde antérieure est, elle-même, comme souflée. On pourrait croire à des sinus frontaux accessoires, mais l'absence de communication avec le sinus frontal principal n'est pas en faveur de cette hypothèse.

Le canal optique est sculpté en entier dans les cellules ethmoïdales. Ajoutons aussi que le sinus frontal envoie un prolongement dans les os propres du nez et dans l'apophyse *crista-galli*.

Le sinus sphénoïdal est lui-même très développé, avec des prolongements basilaire et palatin très nets. P. SEBILEAU.

Le chlorhydrate d'adrénaline en oto-rhino-laryngologie, par COMPAIRED (*El Siglo medico*, 9 mars 1902).

C. a expérimenté le chlorhydrate d'adrénaline en solution aqueuse au millième ; cette solution a été employée tantôt pure, tantôt étendue d'une solution physiologique de chlorure de sodium de façon à obtenir un mélange au deux, au trois, au quatre, au cinq millième.

Préférable à l'extrait de capsule surrénale dont l'action est inconstante et qui provoque des picotements et des réflexes plus ou moins désagréables, le chlorhydrate d'adrénaline ne cause pas de sensation désagréable et produit sur les muqueuses, en particulier sur la muqueuse nasale, une anémie intense qui facilite l'exploration (régions supérieures des fosses nasales), permet de pratiquer des opérations exsangues (curettage du larynx, amygdalotomie, turbinectomie), et possède dans quelques cas un effet thérapeutique merveilleux (épistaxis).

C'est en un mot un agent vaso-constricteur de premier ordre, qui ne saurait cependant être substitué à la cocaïne, car si son action vaso-constrictive est plus marquée, son action anesthésique est beaucoup moindre. Par contre, l'association des deux médicaments permet d'obtenir des effets précieux en thérapeutique oto-rhino-laryngologique.

M. BOULAY.

Ostéophytes des cavités nasales, par MACLOY (*Ann. journ. of. med. Sc.*, février 1902).

Si, après avoir anesthésié, on introduit le petit doigt dans les fosses nasales on peut sentir des productions osseuses anormales. Ces masses osseuses sont des ostéophytes, dont elles ont la structure, et elles méritent d'être étudiées plus soigneusement qu'elles ne l'ont été jusqu'alors.

Dans les opérations de redressement de la cloison, il n'est pas rare qu'elles s'opposent au résultat final par l'obstruction qu'elles déterminent. Elles ne sont d'ailleurs pas de tissu très compact et peuvent être facilement enlevées.

M. LANNOIS.

NÉCROLOGIE

B. ROBERT

Le 10 avril dernier est décédé à Barcelone le Dr B. ROBERT. En 1899, il fut élu président du II^e Congrès espagnol d'oto rhino laryngologie, tenu dans cette ville. Ancien maire de Barcelone, il était actuellement député du Congrès espagnol. Sa mort a produit un grand deuil dans toute la Catalogne.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DE LARYNGOLOGIEOrdre du jour de la réunion annuelle du 1^{er} juin 1901.

Séance du matin, à l'hôpital Saint-Jean.

Allocution du président.

Rapports du secrétaire et du trésorier.

Admissions de membres titulaires et de membres correspondants.

Modifications aux statuts et règlements.

Election d'un président.

Choix des questions à mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion. — Nomination des rapporteurs.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GORIS. — Un cas de complication nasale d'une affection orbitaire.

M. CREVAL. — 1^o Thrombo-phlébite du sinus latéral, d'origine otique; ligature de la jugulaire interne; guérison; 2^o Lipome pharyngien volumineux; extraction par les voies naturelles; guérison.

M. BROECKERT. — 1^o Prothèse nasale (présentation de malades et d'instruments); 2^o Un cas d'endothélium du pavillon de l'oreille.

M. CAPART fils. — Un cas de thrombose du sinus latéral.

M. DELSAUX. — 1^o Un cas d'ulcération du pavillon de l'oreille, pour diagnostic; 2^o Un cas de tuberculose de la langue; 3^o Collection purulente rétro-pharyngienne; 4^o Eversion du ventricule de Morgagni.

M. HENNEBERT. — 1^o Fistule cervicale (présentation de la malade, préparations microscopiques); 2^o Hypertrophie du pavillon tubaire; 3^o Lupus du pharynx; 4^o Tumeur du pharynx, pour diagnostic.

M. LABARRE. — Un cas de sinusite fronto-maxillaire avec carie considérable de la voûte orbitaire; opération; guérison.

M. BAYER. — Un cas de surdité, vertiges et bourdonnements, traité et guéri par l'électricité statique.

M. EMMAN. — 1° Un cas de surdité nerveuse par diphthérie; 2° Un cas de tumeur du pharynx.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. ROUSSEAU. — 1° Myxome de l'amygdale palatine; 2° Fibrome volumineux du larynx; extraction par les voies naturelles (préparations microscopiques).

M. CAPART fils. — Présentation de pièces anatomiques.

M. DELSAUX. — 1° Un cas d'abcès cérébral d'origine otique; pièces anatomiques; 2° Coupes macroscopiques du rocher d'un sujet porteur de malformation du pavillon de l'oreille et d'imperforation du conduit auditif externe.

M. BÉCO. — Tumeurs du nez.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. CHEVAL. — 1° Traitement du coryza par l'air chaud; modifications de l'instrumentation de MM. LERMOYET et MAHU; 2° Injection de vaseline stérilisée dans la caisse, au moyen de l'auto-injecteur d'ampoules de J. PAILLARD, de Paris.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Présentation d'instruments.

M. TRÉTRÔP. — 1° Table électrique universelle; 2° Moteur spécial pour la pratique de l'oto-rhino-laryngologie.

M. DELSAUX. — 1° Instrument spécial pour les injections intra-trachéales dans les affections chroniques de la trachée; 2° Modification au releveur du voile de M. MAHU; 3° Dispositif permettant de faire la transillumination des sinus en plein jour.

M. LABARRE. — Présentation d'instruments.

Séance de l'après-midi, à l'Institut Solvay.

RAPPORTS

M. LABARRE. — Contribution à la pathologie de la trompe d'Eustache; discussion.

M. CAPART fils. — De l'olfactométrie; discussion.

M. RUAUT. — Morcellement des amygdales palatines

M. CAPART fils. — A propos d'une hyperostose du conduit auditif externe.

M. LAURENT. — Irrigations naso-pharyngiennes en position déclive.

M. GORIS. — De la technique de l'extirpation de l'épithélioma de l'oreille.

M. LABARRE. — Un cas de cancer primitif de l'oreille.

M. LAURENS. — Traitement de la méningite suppurée d'origine otique par les lavages crânio-rachidiens.

M. CHEVAL. — Corps étranger de l'œsophage; extraction.

M. EMMAN. — Nouveau mode de pansement après les opérations radicales dans les otites moyennes purulentes.

M. VAN ECKHAUTE. — Un cas d'épilepsie nasale.

M. MERCEY. — Névralgies réflexes d'origine nasale.

M. BLOND'AU. — Un cas d'épilepsie, réflexe d'abcès latéro-pharyngien.

M. DELSAUX. — 1° Les injections intra-tympanales d'iodipine dans les débuts de la sclérose de l'oreille moyenne; 2° Le bougrage à l'adrénaline, de la trompe d'Eustache.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — L'extrait de capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie.

M. HEYMAN. — A propos du somnoforme.

E. DE STELLA. — Contribution à l'étude des cellulites mastoïdiennes aberrantes.

M. HENNEBERT. — 1° Deux cas d'otite aiguë compliquée d'antrite, guéris par les injections intra tympanales de vaseline iodoformée; 2° Notes sur le traitement des sinusites maxillaires; 3° Remarques cliniques.

M. DEGREIFT. — Notes sur les sinusites maxillaires.

M. BROECKERT. — Traitement de l'ozène par la restauration des cornets au moyen de parafine gaïaformée.

M. MASSIER. — Deux cas de phlegmon de la fosse temporale.

M. NATIER. — Récidives vraies et fausses, récidives de végétations adénoïdes; inefficacité de trois interventions successives; origine et traitement respiratoires.

M. PARMENTIER. — Guérison d'un goitre après enlèvement de polypes muqueux du nez.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MADRID

Le XIV^e Congrès international de Médecine se tiendra à Madrid, du 23 au 30 avril 1903.

Dans le but d'assurer et de faciliter la participation des médecins français à ce Congrès, une Assemblée composée des délégués des Sociétés savantes et des Facultés de médecine françaises, a eu lieu le 5 mai à la Faculté de médecine de Paris.

Cette Assemblée, après avoir désigné un certain nombre de rapporteurs scientifiques, a nommé un Comité exécutif, dont le Prof. BROUARDEL a accepté la présidence.

Ce Comité exécutif s'occupera de toutes les questions concernant l'organisation du Congrès. Il servira d'intermédiaire entre le Comité espagnol du Congrès international et les médecins français qui se rendront à Madrid.

Ceux de nos compatriotes qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid sont priés d'envoyer, dès maintenant, leur adhésion au Dr RICHARDIÈRE, secrétaire général du Comité exécutif et aussi de lui envoyer les titres de communications qu'ils peuvent avoir l'intention de faire.

Le prix de la cotisation est fixé à 30 pesetas. Il sera versé, à Madrid, entre les mains du trésorier du Congrès de médecine. Les demandes de renseignements peuvent être adressées au Dr RICHARDIÈRE (Paris, 18, rue de l'Université).

IV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MADRID, 1903.

Les questions mises à l'ordre du jour pour les sections d'otologie et de laryngologie sont les suivantes :

I. — Section d'otologie.

A. Causes de la surdi-mutité. Rapporteurs : Dr^s A. CASTEX (de Paris) SCHMIEGLOW (de Copenhague), VERDOS (de Barcelone).

B. Etude anatomique et chimique du cholestéatome. Rapporteurs : Dr^s SCHWARTZ (de Halle), COZZOLINO (de Naples), BASAJAS (de Madrid).

C. Traitement consécutif aux interventions chirurgicales sur l'oreille. Rapporteurs : Dr^s LERMOYEZ (de Paris), BOTY (de Barcelone).

II. Section de laryngologie.

A. Convient-il, au point de vue médical et social, d'intervenir chirurgicalement dans toutes les espèces de cancers laryngiens, et à toutes

les périodes ? Rapporteurs : D^{rs} SEMON (de Londres), GLUCK (de Berlin), SUTRA Y LASTRA (de Séville).

B. Valeur du traitement local dans la tuberculose laryngée. Rapporteurs : D^{rs} KRAUSE (de Berlin), GRAZZI (de Florence), ROQUER CASADESUS (de Barcelone).

C. La rhinite atrophique fétide est-elle toujours essentielle ? Nécessité d'établir un diagnostic précis avant d'instituer le traitement. Rapporteurs : D^{rs} MOURE (de Bordeaux), FREUDENTHAL (de New-York), PELEY (de Grenade).

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung, par A. HARTMANN (Berlin Fischer's medicin) BUCHHEID, H. KOMPOLD, 1902.

Etude anatomo-pathologique du plancher de la caisse, par le Dr J. ROZIER (Th. de Paris, 1902. Imprimerie A. Mellotée, 148, rue Legendre).

Société française d'ophtalmologie. Congrès de 1902. Rapport sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites, par le Prof. F. DE LA-PERSONNE, Paris, Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, 1902.

Rapport sur la cécité et les aveugles en France, par MM. TROUSSEAU et TRUC, Paris, Steinheil, 1902.

Intubation du larynx. Instruments. Technique. Avantages, par le Dr PEREZ AVENDANO. Préface du Dr MARFAU, Naud, éditeur, Paris, 1902.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1902

(28^e VOLUME, 1^{re} PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

	Pages
Abraham (J.). — Les amygdalites aiguës.	189
Alexander. — Moulage de l'oreille moyenne destiné à l'enseignement	39
Alexander (A.). — Pemphigus.	129
Alexander (G.). — Contribution à l'anatomie du ganglion vestibulaire des mammifères	161
Alkan. — Certaines formes du palais et leur production . . .	461
Ait (F.). — Otite moyenne suppurée chronique tuberculeuse. .	37
Alvarez (J.). — Corps étranger (bouton) logé pendant un an dans la fosse nasale, simulant une rhinorrhée scrofuleuse . .	248
Aris y Garcia (J.). — Etude des formes cliniques de tubercules laryngées au point de vue du pronostic et essai de traitement.	142
Avellis. — L'innervation motrice du larynx, étudiée d'après un nouveau cas de paralysie traumatique glosso-palato-laryngo-nasale et d'après les derniers travaux sur l'anatomie du cerveau	172
Avellis (G.). — Adhérences du voile du palais, causées par le pemphigus de la muqueuse	185
Avellis (G.). — L'origine de la mucocèle non traumatique du sinus frontal.	257
Avellis. — La terminaison de l'empyème aigu par la caséification, son importance clinique et ses chances de guérison. . .	452
Baker (A. R.). — Un cas de thrombose des sinus.	85
Ballenger (W. L.) — Epreuves de l'ouïe pour aider au diagnostic différentiel des lésions auriculaires.	140
Balvay. — Abscès cérébral.	90
Bar (L.) — Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens.	510
Barr (Th.) Nicoll et (J. H.) — Abscès cérébelleux guéri par une opération	167
Barrago-Ciarella. — De la présence de blastomycètes dans les polypes muqueux du nez	239

	Pages
Barrio y Penariedonda. — Larves dans l'oreille.	72
Barth (E.). — Etude clinique des névroses de la glotte.	454
Basan, Concret. — Remarques sur une série de quarante tumeurs du larynx dans la diphtérie.	356
Baurowicz. — Oblitération congénitale des choanes.	245
Baurowicz. — Cent cas de sclérome.	244
Beamann Donglan. — La glande surrénale dans la fièvre des foies.	238
Beck (S. C.). — Autopsie d'un cas d'actinomycose de l'oreille moyenne.	155
Bellotti. — Troubles respiratoires par auto-intoxication chez l'enfant.	177
Belt (E. O.). — Insufflation et médication de l'oreille moyenne dans l'otite moyenne non suppurée.	74
Berger. — Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux.	251
Beriemès et Jacques. — Traitement opératoire des kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur.	506
Biehl. — Carcinome primitif du nez.	56
Blum (V.). — Du diagnostic des diverticules de l'œsophage.	182
Bogdanoff-Beresovsky. — De l'amélioration de l'ouïe chez les sourds-muets.	73
Bonain. — Cancer du larynx opéré avec succès par voie endolaryngée.	509
Boulay. — Traitement des papillomes du pharynx chez l'enfant.	259
Braislin (C.). — Tumeur calcifiée de l'oreille moyenne.	445
Breton. — Vomissements presque incoercibles liés à la rhinopharyngite et aux végétations adénoïdes.	249
Bride (P.). — Quelques considérations sur l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne.	231
Brindel. — Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine.	506
Broca (A.). — Otite et mastoïdite chroniques avec abcès extradural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison.	152
Broca (A.) et Laurens (G.). — Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral.	5
Broeckaert. — Des injections de paraffine solide en oto-rhinolaryngologie.	519
Bronner. — Spécimen d'angiome pédiculé du larynx.	342
Bruck (Alf.). — Purpura rhumatismal et angine.	184
Bruck (A.). — Traitement thyroïdien de la surdité chronique.	146
Brühl (G.). — Epreuves de Rinne et de Gellé.	144
Bucknall et Godlee Rickmann. — Vaste diverticule du pharynx. Ablation.	362
Burnett Swan. — Série de cas de suppurations de l'os temporal.	146
Buy. — Carie du rocher et méningo-encéphalite suppurée.	89
Caboche (H.). — De la hernie cérébrale dans les interventions intracrâniennes dirigées contre les otites moyennes suppurées.	278
Cardie (J. W.). — Quelques nouveaux cas de narcose par le chlorure d'éthyle.	363
Carle. — De la dégénérescence cancéroïdale des vieilles otites suppurées.	79
Caro (F. Mc.). — Mastoïdite grippale.	159
Carson (W.). — Papillomes multiples du larynx.	226
Castex. — Lymphome diffus pharyngo-laryngé.	501

	Pages
Castex. — Début de la surdité	522
Chalmers (A. J.). — Le nez de chien (henpuye) dans la colonie de la Côte-d'Or.	247
Champeaux (de). — Une cause inattendue de lésion pulmonaire offrant les caractères d'une tuberculose au début.	358
Chauffard. — Angine de Vincent guérie en 3 jours par des applications de bleu de méthylène.	266
Chavasse. — Sur un cas de tumeur fibreuse (chéloïde) développée sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite consécutivement à un décollement traumatique sous cutané, sans plaie, de la peau de cette région.	511
Cheatle (A. H.). — Otite moyenne suppurée chronique avec thrombose du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire interne. Guérison.	86
Chevalier. — Une observation de fibro-myxome du nasopharynx.	504
Chiari (O.). — Angiofibrome naso-pharyngien	57
Chiari. — Traumatisme du nez par une arme à feu.	67
Cholewa. — Pourquoi les polypes du nez récidivent ?	240
Collet. — Vertige d'origine nasale	97
Collinet. — Traitement des sténoses fibreuses du larynx	491
Collinet. — Sur un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison.	526
Compaired. — Un cas de mal perforant buccal.	182
Compaired. — Le chlorhydrate d'adrénaline en oto-rhino-laryngologie.	544
Coolidge (A.). — Asymétrie des cavités nasales	541
Cordes (H.). — De l'hyperplasie, de la dégénérescence polypense du cornet moyen, des polypes du nez dans leurs rapports avec la partie osseuse de la lame criblée.	240
Cordes (H.). — De la transformation muqueuse de l'épithélium des canaux excréteurs des glandes de la muqueuse nasale	256
Costiniu. — Deux cas de corps étrangers des fosses nasales.	243
Courtade (A.). — De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales.	110
Courtade. — De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales. Discussion.	122
Coussieu (H.). — Contribution à l'étude des otites moyennes aiguës	349
Coussieu (H.). — Recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës	413
Cousteau. — Nouvel instrument (septotome) pour redresser les cloisons nasales déviées.	107
Cozzolino (V.). — Un nouveau bacille filamenteux causant des affections pseudo actinomycosiques	155
Dabney (S. G.). — Complications mastoïdiennes dans l'otite moyenne aiguë.	77
Danziger (F.). — L'origine et la cause de la surdi-mutité.	288
Delore (H.). — Mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne	85
Denker (A.). Abscès du lobe frontal d'origine nasale et abcès extra dural de la région frontale guéris par l'opération.	351
Depierris. — Du traitement thermal, par applications locales sur le rhino-pharynx.	428
Depage. — Résection large du rocher	82
Depage. — Carie du rocher. Abscès sous-duraux, extra crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort.	88
Derenberg (J.). — Traitement de la pharyngite latérale par l'électrolyse	461

	Pages
Ditmann. -- Un cas de blessure de la carotide primitive gauche par un os avalé	267
Dor (H.). -- Le cholestéatome du sein	541
Dorendorf. -- Contribution à la paralysie du nerf laryngé supérieur	173
Douglas (O.). -- Le catarrhe nasal	243
Duel (A.). -- Dilatation électrolytique de la trompe d'Eustache	145
Dufour (C.). -- Hémorrhagie grave après l'ablation d'un polype de l'oreille	143
Ebstein. -- Compresseur pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie	49
Ebstein. -- Empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal avec carie tuberculeuse étendue de ce dernier. Mort	50
Ebstein. -- Deux cas de granulomes de la trachée apparus longtemps après l'enlèvement de la canule	58
Ebstein. -- Sclérome des voies aériennes supérieures	61
Ephraïm (A.). -- Otite moyenne aiguë chez un diabétique	444
Ephraïm. -- Mécanisme de l'accroissement du cholestéatome	446
Epstein (A.). -- De l'angine chronique à leptothrix chez l'enfant	183
Escat. -- Hémorrhagie amygdalienne consécutive à l'emploi d'un morcelleur à mors tranchants. Arrêt de l'hémorrhagie par le tamponnement de la loge amygdalienne combiné à la suture des piliers	523
Escat. -- Sur un procédé d'extirpation des amygdales enchaîtonnées	523
Eschweiler. -- De la diphtérie tardive dans le nasopharynx	461
Eve (P.F.). -- Cas intéressant de corps étranger de la trachée	179
Euring (F.C.). -- Parotite récidivante persistant dix ans chez un enfant bien portant	137
Falb. -- Paralysie de la langue, du palais et du larynx	51
Fay. -- Mariage des sourds muets	146
Fein. -- Traitement de la pachydermie laryngée typique par une solution alcoolisée d'acide salicylique	48
Fein. -- Paralysie de la corde vocale gauche	65
Fentin (Th.). -- Un cas de diphtérie sublinguale	185
Fischbein. -- Contribution au traitement du spasme de la glotte	360
Fischenich. -- Le traitement du processus catarrhal adhésif de l'oreille moyenne par des injections intratubaires de pilocarpine	232
Flatau (Th. S.). -- Sur l'application du phonographe à la pathologie et à la thérapeutique de la voix	93
Fleiner (W.). -- Nouvelle contribution à la pathologie de l'œsophage	456
Fränkel. -- Remarques sur la mauvaise haleine	186
Frankenberger. -- Des sténoses de la trachée	359
Frey (G.). -- Lésions simultanées de deux nerfs acoustiques probablement imputables à une méningite basilaire spécifique	37
Friedmann (F.). -- Sur la valeur des amygdales palatines de jeunes enfants comme porte d'entrée de la tuberculose	190
Friedrich. -- Contribution à l'étude des affections auriculaires diabétiques	76
Furet (F.). -- Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral droit. Opération. Mort	408
Garel. -- Brûlure du larynx par une pilule de Dupuytren	1

Garel (J.). — La toux de compression, son importance pour le diagnostic des rétrécissements des bronches (Adénopathies et tumeurs du médiastin).	201
Gasne (G.) et Lermoyez (M.). — Goutte aiguë du pharynx	398
Gaudier. — Abscès du cercelet consécutif à une otite suppurée	151
Gavello. — Autoplastie partielle du pavillon de l'oreille	79
Gellé (E.). — Des courants aériens et cyclones se formant dans la cavité buccale, dans la parole chuchotée	197
Gellé (G.). — Algie mastoïdienne hystérique	123
Gerber. — La chamaeprosopie et la syphilis héréditaire dans leurs rapports avec la platyrrhinie et l'ozène.	238
Gerber (P.H.). — Du sclérome, en particulier dans la Prusse orientale.	243
Gerber. — Le double diaphanoscope pour la transillumination des sinus frontaux.	354
Gersuny (R.). — A propos d'une canule trachéale qui a fait ses preuves.	178
Glatzel. — Remarques sur le cathétérisme du sinus frontal	218
Glatzel. — Contribution à l'étude des anévrysmes intra-thoraciques avec examen aktinoscopique	455
Godlee Rickmann et Bucknall (T. R. H.). — Vaste diverticule du pharynx. Ablation	362
Goldstein (M.A.). — Tuberculose primitive de l'oreille.	138
Goldstein (M.A.). — Tuberculose primitive du larynx.	138
Gomperz. — Extraction du marteau après anesthésie du tympan par le procédé de Schleich	36
Gomperz. — Plastique auriculaire consécutive à l'opération radicale	39
Gomperz. — Séquestre des deux anneaux tympaniques	40
Gomperz. — Sur le traitement des adhérences de l'oreille moyenne.	43
Gottstein. — De la pseudo-voix après l'extirpation totale du larynx.	265
Gradenigo. — Diagnostic et traitement de la leptoméningite d'origine otique	147
Gray Croly (H.). — Epithélioma de l'épiglotte et du larynx	358
Greene (D.M.). — Abscès cérébral consécutif à un abcès tonsillaire et à une otite moyenne suppurée non perforante	88
Grünbaum (O.F.F.). — Note sur l'administration d'un anesthésique à un malade atteint de paralysie bilatérale des abducteurs	174
Grussey. — L'état actuel de l'otologie dans la Grande Bretagne	150
Gugenheim. — Deux cas de fistule cervicale congénitale complète	266
Guillain (G.) et Marie (P.). — Sur trois cas de rhineloce coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle	369
Guinard. — Abscès cérébelleux.	151
Habermann. — Double conduit auditif	229
Habermann. — Le cholestéatome du sinus frontal.	353
Haïke. — Anatomie du sinus carotidien	538
Hajeck. — Paralysie récurrentielle droite complète.	48
Hajeck (M.). — Sur le canal naso-frontal.	60
Hajeck. — Considérations sur la cure radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire et sur ses indications	532
Hammerschlag. — Lésions simultanées de l'acoustique, du facial et des muscles oculaires.	36
Hamon du Fougeray. — Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des otites moyennes purulentes.	508

	Pages
Hankins. — Laryngectomie	264
Harmer. — Observation du croup primitif du larynx et de la trachée	59
Harmer. — Glossite profonde avec formation d'abcès	60
Harmer. — Trois cas de rhinosclérome	62
Harmer. — Gomme de la trachée siégeant directement au dessus de sa bifurcation	528
Harvey (F.G.). — Six cas d'ablation du larynx	356
Hasslauer. — Les tumeurs de la cloison du nez à l'exception des néoplasmes malins	241
Hatch (W.K.) et Row (R.). — Lésions fongueuses de l'oreille	234
Haushalter. — Lésions hérédo syphilitiques du larynx	260
Hecht. — Un stérilisateur élect.ique pour les instruments de petite chirurgie et en particulier pour les instruments du larynx, du nez et des oreilles	178
Heindl. — Traumatisme du nez par une arme à feu	66
Heindl. — Sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire	66
Heindl. — Aphonie et dyspnée spasmodique	351
Heinlein. — Carcinome de la langue et du larynx	136
Heller (J.). La syphilis de l'amygdale linguale	182
Henning. — Rétablissement artificiel du pavillon de l'oreille	39
Hessler. — Otorrhée et tumeur cérébrale	148
Hervelka (O.). — Un cas d'abcès de l'amygdale pharyngée	189
Heymann (P.). — Tumeur pédiculée	133
Highet (H.C.). — Otomycose dans les tropiques	252
Hirtz (E.). — Otite moyenne pneumococcique au cours de la pneumonie	75
Hödlmoser. — Du diagnostic du carcinome latent de l'œsophage	267
Jobson Horne. — Epithélioma du larynx	220
Jobson Horne. — Sur un cas d'obstruction nasale chez une femme de 24 ans	346
Kraith (C. H. Mc.). — Obstruction laryngienne congénitale	358
Jacques. — Développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage	127
Jacques. — Névropathie nasale et pseudosinusites	505
Jacques et Bertemès. — Traitement opératoire des kystes parodontaires antérieurs du maxillaire supérieur	506
Jacques et Michel. — Kystes dentaires du maxillaire supérieur	352
Joal. — Du gaz carbonique dans les affections nasales	355
Jundell (J.) et Svenson (F.). — Un cas de phlegmon chronique progressif provoqué par le diplocoque de Fraenkel et secondaire à une angine	460
Joncheray. — Otite moyenne hémorragique	524
Kafemann. — Recherches psychologiques sur l'aprosodie nasale	243
Karmer. — Recherches sur l'enduit post-amygdalotomique et ses rapports essentiels avec la diphtérie	189
Kelling (G.). — Endoscopie de l'œsophage et de l'estomac	183
Keneflek (A.). — L'électrolyse dans les rétrécissements de la trompe d'Eustache	156
Keown (M.). — La respiration imparfaite due aux végétations adénoïdes	252
Kernon (J.F.). — Traitement abortif de la mastoïdite aiguë	77
Kerr (J.). — Deux cas de pyémie des sinus avec résultats rares	169

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

555

Pages

Kien (G.). — Abscès rétropharyngien par otite moyenne purulente.	448
Kietsow (P.) et Nadoleczny. — De la psychophysiologie de la corde du tympan.	71
Kilian. — Valeur de la bronchoscopie supérieure dans le diagnostic du carcinome pulmonaire.	171
Killian. — Un cas de périchondrite et de périostite aiguë de la cloison nasale, d'origine dentaire.	250
Kilian. — Le diagnostic œsophagoscopique des diverticules de l'œsophage.	457
Killian. — Thrombo phlébite du sinus longitudinal supérieur dans les sinusites frontales.	542
Knapp (H.). — Abscès cérébral d'origine otique avec cécité verbale.	148
Koebel. — Otite moyenne combinée avec un abcès cérébral rhinogène.	91
Konzert. — Carcinome fongueux du nez.	249
Körner (O.). — Les affections otitiques du cerveau, des méninges et du sinus.	540
Körner (O.). — Cholestéatome vrai de la fosse crânienne postérieure. Infection par une suppuration de l'oreille moyenne. Guérison après trépanation.	541
Koschier (H.). — Sténoses post-diphthériques du larynx et de la trachée.	51
Koschier (H.). — Empyème tuberculeux du maxillaire supérieur.	55
Koschier. — Deux opérations du cancer du larynx.	67
Koschier. — Un cas de sténose des voies aériennes supérieures.	64
Koschier. — Tumeurs polypoïdes du nez.	64
Koschier. — Cancer épithélial pavimenteux.	65
Koschier. — Fibro-sarcome nasal.	65
Krause (F.). — Plasticque nasale.	252
Krause (F.). — Trois opérations laryngiennes.	262
Krause (F.). — Opération laryngienne.	357
Kretschmann (V.). — Un cas d'agoraphobie considéré comme vertige auriculaire.	160
Kumberg. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la pyémie otogène.	82
Küster. — Trépanation ostéoplastique de l'apophyse mastoïde.	78
Lack (H.L.). — Corps étranger demeuré huit ans dans le pharynx d'un enfant.	183
Lack Lambert. — Tumeur rare de la paroi postérieure du larynx.	223
Lack Lambert. — Examen microscopique de la tumeur rare du larynx.	226
Landolt (F.). — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx.	347
Lannois. — L'audition dans l'atrésie congénitale de l'oreille.	506
Lannois (M.) et Vacher (P.). — Surdité et diplégie faciale par fracture double des rochers.	387
Larkin (F.C.). — Fracture de la fosse crânienne antérieure avec rhinorrhée cérébro-spinale.	255
Laurens (Georges). — Abscès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique. Evidement du rocher. Guérison.	102
Laurens (G.) et Broca (A.). — Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral.	5
Lavisé. — Abscès du cerveau traité par la trépanation.	149
Lavrand (H.). — La respiration bucco-nasale est possible.	507

	Pages
Lecène (P.). — Un cas de méningite séreuse d'origine otitique. Trépanation bilatérale. Guérison	350
Leichtenstern (O.). — Des affections du larynx au cours du diabète.	180
Le Nouene. — Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens.	361
Lermovez (M.). — Un cas de pyohémie otogène thrombo-phlébitique.	16
Lermoyez (M.) et Gasne (G.). — Goutte aiguë du pharynx	398
Leutert (E.). — A quel point de vue faut-il considérer actuellement la thérapeutique des otites suppurées chroniques et où en est la question du cholestéatome ?	230
Leutert (E.). — Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des otites purulentes aiguës et chroniques	237
Lewy (L.). — Un cas de pyémie otitique.	169
Liaras. — Lupus de l'oreille.	73
Lichwitz (M.). — Du traitement du lupus de l'oreille et du nez par l'air chaud	126
Liebmann (M.). — L'étiologie du bégaiement, du bredouillement, de la parole précipitée (paraphrasia præceps) et de la surdité verbale.	162
Loeb (H.W.). — 107 polypes extraits en une séance.	140
Loekhardt (L.B.). — Manifestations laryngées de la fièvre typhoïde.	180
Løwe (L.). — Chirurgie de la cloison nasale et des sinus supérieurs	355
Löhnberg et Nöbel. — L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'ozène dit primitif	253
Losseff (A.) et von Stein (S.). — Un cas d'abcès extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée). Trépanation. Guérison.	166
Love (J. H.). — L'évolution de la trépanation de la mastoïdite.	78
Lubinski. — Le traitement de pachydermie laryngée par l'acide salicylique	176
Luc (H.). — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intra-crâniennes	68
Luc. — De la leptoméningite consécutive à la cure radicale de l'empyème frontal chronique	520
Ludwig et Sanger. — Guérison d'un cas d'otite compliquée de thrombose des sinus, d'abcès périsinusien et d'abcès cérébral.	86
Ludwig et Sanger. — Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse.	85
Lutz (S.A.). — Sarcome mastoïdien.	157
Macaskie (J.G.). — Extraction d'un corps étranger de l'oreille.	72
Macloy. — Ostéophytes des cavités nasales.	544
Magenan (C.). — Des vertèbres proéminentes dans le naso-pharynx	242
Maget. — Mastoïdite aiguë, intervention incomplète. Abcès extra-dural consécutif. Trépanation. Guérison	485
Mahu (G.). — Hydrorrhée nasale unilatérale. Guérison par l'air chaud	481
Mahu. — Pansements consécutifs à l'évidement pétromastoïdien.	512
Mahu. — Du morcellement des amygdales chez les adultes.	525
Maitland (L. H.). — Trois cas de corps étrangers de l'œsophage. Trachéotomie et œsophagotomie dans un cas	459

	Pages
Majewski (T.). — Un cas de sclérome des voies respiratoires	244
Malioutine. — Irrégularité de forme du palais en rapport avec un fonctionnement défectueux des cordes vocales. . . .	263
Mangoldt (von). — Traitement du rétrécissement du larynx par l'implantation d'un fragment de cartilage costal	360
Marie (P.) et Guillaïn (G.). — Sur trois cas de rhineloïse coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle. .	363
Martin (E.). — Gastronomie comme moyen de soulager les douleurs de déglutition dans la laryngite tuberculeuse	171
Massier. — Accidents méningitiques d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Evidemment pétro mastoïdien. Guérison.	525
Mauclair et Picqué. — Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse	152
May (E. H.). — Otites moyennes au cours de la scarlatine et de la rougeole	75
Meyer (Edm.). — Rhinite fibrineuse.	134
Meyer (E.). — Un nouveau porte-tampon pour le larynx. . .	456
Michel et Jacques — Kystes dentaires du maxillaire supérieur.	352
Milligan. — Un cas de lipome du pharynx.	345
Milton (H.). — Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie intra-thoracique.	453
Miot. — De l'emploi des émissions sanguines et des réfrigérants dans les otites moyennes aiguës.	75
Molinié (J.). — Tumeur tuberculeuse de la cloison.	503
Moncorgé. — Vertiges et ictus laryngés (10 cas).	422
Moréstin (H.). — Plaie transversale du larynx, au niveau de l'espace crico-thyroïdien, suture hermétique du larynx, du plan musculo-aponévrotique et de la peau. Guérison en 8 jours.	360
Morf (J.). — Occlusion congénitale des choanes.	239
Mosbacher (F.). — Verrue hémorragique de l'oreille guérie par un remède populaire (urine).	72
Moszkowski (M.). — Bacille de l'influenza dans le pus d'un empyème du sinus maxillaire.	451
Mouratoff (M. W.). — Kyste hydatique de l'oreille et du cerveau, compliqué d'hémiatrophie de la face.	156
Moure (E. J.). — Tumeurs malignes de l'ethmoïde.	503
Moure. — Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée . .	514
Mouret (M.). — Rapports de l'apophyse unciforme avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen.	502
Much (O.). — De l'existence du rhodane dans les sécrétions nasale et lacrymale.	241
Much (O.). — Iodisme aigu après l'ingestion d'iode de potassium en rapport avec la présence du rhodane dans la salive et les sécrétions du nez et de la conjonctivite	242
Muller (R.). — Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otique	161
Müller (R.). — Névroses et opérations sur l'apophyse mastoïde	447
Murray (W.). — Paralyse faciale dans l'otite moyenne aiguë. .	146
Mygind (Holger). — Le lupus laryngé vulgaire	177
Nadoleczny et Kietzow (P.). — De la psychophysiologie de la corde du tympan	71
Nélaton. — Nouveau procédé de rhinoplastie.	251
Nicoll (J. H.) Barr (Th.). — Abcès cérébelleux guéri par une opération.	167

	Pages
Noblejones. — Bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de l'homme sain.	245
Noebel et Löhnberg. — L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'ozène dit primitif.	253
Opp Max. — De l'aphonie hystérique.	175
Ostmann. — Maladies de l'oreille chez les enfants des écoles du district de Marbourg.	444
Ostmann. — La participation du facial dans l'action d'écouter attentivement.	446
Paoze (R.) — Bruits d'oreille (Tinnitus aurium).	144
Parker (C. A.) — Pachydermie du larynx.	227
Parker (C. A.) — Note sur la syphilis acquise du nez et du pharynx.	363
Park West (J.) — Trachéocèle.	259
Patel. — Enormes sinus frontaux.	543
Pégler. — Kyste de la glande thyroïde.	222
Peltesohn. — Traitement de la rhinite fibrineuse.	131
Peyser — Déviation irrégulière du voile palatin.	129
Pick (V.) — Nécrose bilatérale de la capsule labyrinthique osseuse à la suite d'une otite moyenne suppurée chronique.	41
Picqué et Mauculaire. — Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse.	152
Piff. — Un cas d'abcès cérébral otitique opéré avec succès.	163
Pischel (K.) — Mastoidite compliquée de paralysie du droit externe.	159
Politzer (A.) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'otite moyenne aiguë du nourrisson.	42
Politzer (A.) — Traité d'otologie pour les praticiens et les étudiants.	140
Postnikow et Sletow. — L'électrolyse dans le traitement de la sténose cicatricielle de l'œsophage.	458
Powell (F. G.) — Tuberculose du larynx.	220
Preysing. — La caisse du tympan chez l'homme sain est sans germes.	143
Przerdborski. — Les affections laryngées pendant la grossesse.	181
Pynchon (E.) — Légères irrégularités de la cloison nasale.	136
Randall (C. A.) — Quatre cas d'abcès cérébelleux.	154
Raoult (A.) — Du choix de l'intervention opératoire dans des kystes paradentaires de la région du maxillaire supérieur.	29
Raoult. — Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse.	128
Raoult Aimar. — Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique.	509
Raoult Aimar. — Instruments pour le morcellement et l'évidement des amygdales.	513
Regnier (L. R.) — Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal de l'enfant.	118
Represso (N.) — Abscès extraduraux cérébelleux d'origine otique.	167
Réthi — L'origine des dépressions cupuliformes sur les cordes vocales pachydermiques.	176
Röhr. — Sur la syphilis tardive du larynx chez l'enfant.	134
Rontaler (S.) — Deux cas rares de sarcomes naso-pharyngiens.	245
Röpke. — Des difficultés de diagnostic dans certains accidents cérébraux d'origine auriculaire.	80
Röpke (F.) — Les maladies professionnelles de l'oreille et des premières voies aériennes.	539
Rosenberg (A.) — Muscles et cartilages amygdaliens.	132

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

559

	Pages
Rosenberg (A.). — Variétés et anomalies des vallécules et des sinus pyriformes	179
Roth (W.). — De l'emploi de l'ouvre-nez dans le cas de gêne de la respiration nasale.	252
Row (R.). Hatch (W. K.). — Lésions fongueuses de l'oreille.	234
Rozier (J.). — Le plancher de la caisse	295
Rueda (F.). — Tuberculome géant des fosses nasales.	542
Ruprecht. — Solution de lysol pour empêcher le ternissement du miroir laryngé	456
Sagabriel. — Observations sur l'action de la naphthalane dans le traitement de l'eczéma de l'oreille externe	230
Saint-Clair Thomson. — Amygdalotomie par énucléation	190
Saint-Clair Thomson. — Infiltration de la corde vocale droite datant de six mois.	218
Sanger et Ludwig. — Guérison d'un cas d'otite compliquée de thrombose des sinus, d'abcès périsinusien et d'abcès cérébral.	86
Sanger et Ludwig. — Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse.	85
Santi (de). — Un cas d'ulcération tuberculeuse très étendue de la cavité du nez chez une femme tuberculeuse de 21 ans.	346
Scanes Spicer. — Néoplasme du larynx développé sur la paroi postérieure et compliqué de parésie de la corde vocale gauche.	218
Scanes Spicer. — Laryngite avec hyperplasie sous-glottique marquée près de la commissure antérieure chez un homme de 36 ans.	219
Scanes Spicer. — Présentation d'une femme traitée pour une difformité nasale (nez en selle) par les injections sous cutanées de vaseline, avec photographies et moulages pris avant et après l'opération	342
Scanes Spicer. — Un cas de cure radicale de suppuration multiple des sinus de la face et des polypes du nez	344
Scanes Spicer. — Hyperostose de la paroi antérieure du sinus frontal; muqueuse du sinus fongueuse. Opération. Récidive de l'hyperostose et apparition des mêmes phénomènes de l'autre côté.	345
Schell (W.). — Relation des lésions des sinus et de la méningite avec l'otite moyenne suppurée.	84
Scheppegegrell (W.). — Electricité dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille.	253
Scheppegegrell (W.). — Physiologie de la voix.	139
Schields W. B. — Traitement opératoire des déviations de la cloison nasale.	250
Schlesinger (H.). — Des phénomènes moteurs observés dans la bouche et le pharynx au cours de l'insuffisance aortique.	187
Schmitz. — Un cas de thrombose otogène directe du bulbe de la jugulaire, sans thrombose du sinus transverse.	150
Schousboe (H. J. H.). — Sur la présence de microbes dans les fosses nasales normales et le pouvoir bactéricide du mucus nasal	91
Schuchardt. — Pronostic et traitement opératoire du cancer laryngien	260
Schwabach. — Valeur thérapeutique du massage vibratoire de la membrane tympanique.	445
Schwabach. — Temporal d'un sourd-muet.	536
Schwendt. — Etude expérimentale sur la limite de perception des sons élevés.	143

	Pages
Sebileau (P.). — La trachéotomie appliquée au traitement des papillomes crico trachéaux	273
Segreti (E.). — Inflammations et tumeurs des sinus sphénoïdaux.	228
Sviedey (A.). — Note sur l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement de l'angine à bacilles fusiformes et à spirilles de Vincent	193
Sletow et Postnikow. — L'électrolyse dans le traitement de la sténose cicatricielle de l'œsophage	458
Snydacker. — Examen microscopique dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne.	445
Söhnberg. — Un cas de piqûre de l'oreille avec écoulement de liquide céphalo-rachidien	81
Stan von Stein. — Une nouvelle aiguille pour la ponction du sinus maxillaire	451
Stein von (S.) et Loseff (A.). — Un cas d'abcès extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée). Trépanation. Guérison.	166
Stenger. — Sur la fonction des canaux semi-circulaires.	157
Stenger (D.). — Abcès du cerveau d'origine otitique	166
Stenger. — Thrombose du golfe de la jugulaire.	447
Srhuycen. — Un moyen adjuvant pour le cathétérisme du sinus frontal.	258
Sturmann. — Contribution à la pathologie nasale	132
Suchannek. — De l'existence de glandes sébacées conglomérées dans la muqueuse buccale de l'homme.	186
Sugar (M.). — Epithéliome de la caisse avec symptômes pseudo-bulbaires.	235
Sugar. — L'organe de l'ouïe et le purpura rhumatismal.	160
Sundholm (A.). — Kystes du cornet moyen	245
Svenson (F.) et Jundell (J.). — Un cas de phlegmon progressif provoqué par le diplocoque de Fraenkel et secondaire à une angine.	460
Taptas. — De l'extrait de capsules surrénales dans les opérations nasales.	339
Taylor (H.). — Corps étranger des bronches traité par des injections intra-trachéales.	170
Texier. — Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales	511
Texier. — Sur un cas de corps étranger du larynx. Trachéotomie, suture immédiate. Guérison.	516
Thomas. — Réflexes adénoïdiens.	248
Thorne (A.). — Pharyngomycose chez une femme	221
Thorner (M.). — Observations sur l'opération de Asch pour déviation de la cloison cartilagineuse.	250
Tilley (H.). — Un cas de suppuration de l'antre avec distension considérable de la paroi interne	222
Toubert (J.). — Contribution au diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures	470
Toubert. — Diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures.	501
Tschekan (W. M.). — Abcès chronique du lobe pariétal gauche, deux trépanations	165
Urunuela. — Laryngofissure et extirpation de l'aryténoïde droit	261
Vacher (L.). — L'extrait de capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie.	208
Vacher (L.). — Emploi du chlorure d'éthyle chimiquement pur comme anesthésique général	465

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

561

	Pages
Vacher. — Note sur l'extrait de capsules surrénales.	521
Vacher. — Ablation des amygdales enchâtonnées chez l'adulte.	524
Vacher (P.) et Lannois (M.). — Surdité et diplégie faciale par fracture double des rochers.	387
Walsham. — Nez détruit par un furet.	220
Ward (G.). — Kystes séreux de la cloison du nez.	256
Warnecke. — Présence du bacille de la xérose dans le phlegmon diffus, l'infection secondaire des plaies et l'otite interne.	164
Warnecke. — Onze cas d'empyème chronique de l'antre d'Highmore gn�ris par le traitement et le méat inférieur, suivant la méthode de H. Krause Friedlaender.	257
Warren. — Les rayons X, en laryngologie.	264
Weeney. — Rupture d'un œsophage d'apparence saine.	268
Wendell. — Acide phénique pur dans les otites moyennes.	233
Wilson (R. A.). — Mastoïdite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique.	83
Winckler. — Le traitement de l'empyème du sinus frontal.	354
Woakes (E.). — Balle dans la tête extraite par le nez au bout de vingt mois.	246
Wood (B.). — Hémorrhagie dans un larynx sain en apparence.	170
Wright (J.). — Empyème des cavités nasales accessoires.	450
Wroblewski (W.). — Empyème aigu de l'antre d'Highmore.	449
Wulff. — Un cas d'anévrisme de la carotide interne consécutif à un abcès de l'amygdale; gn�rison après ligature de la carotide primitive.	188
X^{xxx}. — Poudre contre l'ozène.	255
Zarnicks. — Sur quelques progrès de la chirurgie dans les otites moyennes suppurées.	76
Zeroni. — Un cas d'hémorrhagie de la carotide par carie du rocher.	153
Ziem. — Sur l'étiologie des tumeurs malignes.	157
Ziem (C.). — �tiologie et thérapeutique des suppurations du nez et de ses sinus : importance du régime et de l'hygiène.	451

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages
Abcès de l'amygdale pharyngée (Un cas d'), par O. Hewelka .	189
Abcès cérébelleux, par Guinard .	151
Abcès cérébelleux (Quatre cas d'), par C. A. Randall .	154
Abcès cérébelleux guéri par une opération, par Th. Barr et J. H. Nicoll .	167
Abcès cérébral, par Balvay .	90
Abcès cérébral consécutif à un abcès tonsillaire et à une otite moyenne suppurée non perforante, par D. M. Greene .	88
Abcès cérébral d'origine otique avec cécité verbale, par H. Knapp .	148
Abcès cérébral otitique (Un cas d') opéré avec succès, par Piffl .	168
Abcès cérébraux d'origine otique (Contribution à l'étude des, par R. Muller .	161
Abcès du cerveau traité par la trépanation, par Lavisé .	149
Abcès du cerveau d'origine otitique, par D. Stenger .	136
Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée, par Gaudier .	151
Abcès chronique du lobe pariétal gauche, deux trépanations, par W. M. Tschekan .	165
Abcès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique. Evidement du rocher. Guérison, par G. Laurens .	102
Abcès extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée) Trépanation. Guérison, par S. von Stein et A. Losseff .	166
Abcès extra duraux cérébelleux d'origine otique, par N. Reppesso .	167
Abcès juxta-pharyngiens (Contribution à l'étude des), par L. Bar .	510
Abcès du lobe frontal d'origine nasale et abcès extra dural de la région frontale guéris par l'opération, par A. Denker .	351
Abcès rétropharyngien par otite moyenne purulente, par G. Kien .	448
Acoustique (Lésions simultanées de l'), du facial et des muscles oculaires, par Hammerschlag .	36
Acoustiques (Lésions simultanées de deux nerfs), probablement imputables à une méningite basilaire spécifique, par G. Frey .	37
Actinomycose de l'oreille moyenne (Autopsie d'un cas d'), par S. C. Beck .	155
Actinomycosiques (Un nouveau bacille filamenteux causant des affections pseudo-), par V. Cozzolino .	155
Adénoïdiens (Réflexes), par Thomas .	248
Adhérences de l'oreille moyenne (Sur le traitement des, par Gomperz .	43
Adhérences du voile du palais, causées par le pemphygus de la muqueuse, par G. Avellis .	185
Adrénaline (Le chlorhydrate d'), en oto rhino laryngologie, par Compaired .	544

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

563

Pages

Agoraphobie (Un cas d'), considéré comme vertige auriculaire, par V. Kretschmann .	160
Algie mastoïdienne hystérique, par G. Gallé .	123
Amygdales (Instruments pour le morcellement et l'évidement des), par Aimar Raoult .	513
Amygdales chez les adultes (Du morcellement des), par Mahu .	525
Amygdales enchatonnées (Sur un procédé d'extirpation des), par Escat .	523
Amygdales enchatonnées chez l'adulte (Ablation des), par Vacher .	524
Amygdales palatines de jeunes enfants comme porte d'entrée de la tuberculose (Sur la valeur des), par F. Friemann .	190
Amygdaliens (Muscles et cartilages), par A. Rosenberg .	132
Amygdalites aiguës, par J. Abraham .	189
Amygdalite ulcéro-membraneuse (Nouveaux cas d'), par Raoult .	128
Amygdalotomie par énucléation, par Saint-Clair Thomson .	190
Artérisme de la carotide interne consécutif à un abcès de l'amygdale; guérison après ligature de la carotide primitive, par Wulff .	188
Artérismes intra thoraciques (Contribution à l'étude des), avec examen aktinoscopique, par Glatzel .	455
Angine à bacilles fusiformes et à spirilles de Vincent (Note sur l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement de l'), par A. Siredey .	193
Angine chronique à leptothrix chez l'enfant, par A. Epstein .	183
Angine de Vincent guérie en trois jours par des applications de bleu de méthylène, par Chauffard .	266
Angiofibrome naso-pharyngien, par O. Chiari .	57
Angiome pédiculé du larynx (Spécimen d'), par Bronner .	342
Anneaux tympaniques (Séquestre des deux), par Gomperz .	40
Aphonie et dyspnée spasmodique, par Heindl .	531
Aphonie hystérique, par Max Opp .	175
Apophyse mastoïde (Névroses et opérations sur l'), par R. Müller .	447
Apophyse mastoïde (Trépanation ostéoplastique de l'), par Kuster .	78
Apophyse unciforme (Rapport de l'), avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen, par M. Mouret .	502
Apraxie nasale (Recherches psychologiques sur l'), par Kafemann .	243
Asymétrie des cavités nasales, par A. Coslidge .	541
Atresie congénitale de l'oreille (L'audition dans l'), par Lannois .	506
Auditif (Double conduit), par Habermann .	229
Auriculaire (Plastique) consécutive à l'opération radicale, par Gomperz .	39
Auriculaires diabétiques (Contribution à l'étude des affections), par Friedrich .	76
Auriculaire (Des difficultés de diagnostic dans certains accidents cérébraux d'origine), par Röpke .	80
Bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de l'homme sain, par Noblejones .	245
Balle dans la tête extraite par le nez au bout de 20 mois, par E. Woake .	246
Bégaiement (L'étiologie du), du bredouillement, de la parole précipitée et de la surdité verbale, par M. Liebmann .	162
Bronches (Corps étranger des), traité par des injections intratrachéales, par H. Taylor .	170

	Pages
Buccale de l'homme (De l'existence de glandes sébacées conglomérées dans la muqueuse), par Suchannek	186
Caisse du tympan (La) chez l'homme sain est sans germes, par Preysing	143
Canal naso-frontal, par M. Hajek	60
Canaux semi-circulaires (Sur la fonction des), par Stenger	157
Cancer épithélial pavimenteux, par Koschier	65
Cancer laryngien (Pronostic et traitement opératoire du), par Schuchardt	260
Cancer du larynx (Deux opérations de), par Koschier	67
Cancer du larynx opéré avec succès par voie endolaryngée, par Bonain	509
Canule trachéale (A propos d'une) qui a fait ses preuves, par R. Gersuny	178
Capsules surrénales (Notes sur l'extrait de), par Vacher	521
Capsules surrénales (Extrait de) en oto-rhino-laryngologie, par L. Vacher	208
Capsules surrénales (De l'extrait de) dans les opérations nasales, par Taptas	339
Carcinome fongueux du nez, par Konzert	249
Carcinome de la langue et du larynx, par Heinlein	136
Carcinome latent de l'œsophage (Du diagnostic du), par Hödlmoser	267
Carcinome primitif du nez, par Biehl	56
Carcinome pulmonaire (Valeur de la bronchoscopie supérieure dans le diagnostic du), par Killian	171
Carotide primitive gauche (Un cas de blessure de la), par un os avalé, par Ditmann	267
Catarrhe nasal, par O. Douglas	243
Cathétérisme du sinus frontal (Remarques sur le), par Glatzel	258
Cathétérisme du sinus frontal (Un moyen adjuvant pour le), par Struycken	258
Cellulites mastoïdiennes postérieures (Diagnostic des), par Toubert	501
Cellulites mastoïdiennes postérieures (Contribution au diagnostic des), par J. Toubert	470
Chamaeoprosopie (La) et la syphilis héréditaire dans leurs rapports avec la platyrrhinie et l'ozène, par Gerber	238
Chlorure d'éthyle (Emploi du), chimiquement pur comme anesthésique général, par L. Vacher	465
Choanes (Occlusion congénitale des), par J. Morf	239
Cholestéatome (Mécanisme de l'accroissement du), par Ephraïm	446
Cholestéatome du sein, par H. Dor	541
Cholestéatome du sinus frontal, par Habermann	353
Cholestéatome vrai de la fosse crânienne postérieure. Infection par une suppuration de l'oreille moyenne. Guérison après trépanation, par O. Körner	541
Cloison nasale (Légères irrégularités de la), par E. Pynchon	130
Cloisons nasales déviées (Nouvel instrument « septotome » pour redresser les), par Cousteau	107
Compresseur pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie, par Ebstein	49
Corps étranger (Extraction d'un), de la bronche par trachéotomie intra thoracique, par Milton H.	453
Corps étranger du larynx. Trachéotomie, suture immédiate. Guérison, par Texier	516
Corps étrangers de l'œsophage (Trois cas de), Trachéotomie et œsophagotomie dans un cas, par H. L. Maitland	459

	Pages
Coryza atrophique ozénateux (Nouveau mode de traitement du), par les injections interstitielles de paraffine, par Brindel . . .	506
Courants aériens et cyclones se formant dans la cavité buccale, dans la parole chuchotée, par E. Gellé	198
Croup primitif du larynx et de la trachée (Observation du), par Karmer	59
Dépressions cupuliformes (L'origine des) sur les cordes vocales pachydermiques, par Réthi	176
Déviation de la cloison cartilagineuse (Observations sur l'opération de Asch), par M. Thorner	250
Déviation de la cloison nasale (Traitement opératoire des), par W. B. Schields	250
Déviation irrégulière du voile palatin, par Peyser	129
Diaphanoscope (Le double), pour la transillumination des sinus frontaux, par Gerber	354
Diphthérie (Remarques sur une série de quarante tubages du larynx dans la), par Basan, Concret	356
Diphthérie sublinguale (Un cas de), par Th. Fentin	185
Diphthérie tardive dans le nasopharynx, par Eschweiler . .	461
Diverticule (Vaste) du pharynx. Ablation, par Godlee Rickmann, J. and Bucknall T. R. H.	362
Diverticules de l'œsophage. (Le diagnostic œsophagoscopique des), par Killian	457
Eczéma de l'oreille externe (Observation sur l'action de la naphthalane dans le traitement de l'), par Sagabriel	230
Electricité dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille, par W. Scheppegeirell	253
Empyème aigu (La terminaison de l'), par la caséification, son importance clinique et ses chances de guérison, par Avellis .	452
Empyème aigu de l'antre d'Highmore, par W. Wroblewski . .	449
Empyème des cavités nasales accessoires, par J. Wright . . .	450
Empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal avec carie tuberculeuse étendue de ce dernier. Mort, par Ebstein	50
Empyème chronique de l'antre d'Highmore (Onze cas d'), guéris par le traitement et le méat inférieur, suivant la méthode de H. Krause-Friedlaender , par Warnecke	257
Empyème chronique du sinus maxillaire (Considérations sur la cure radicale de l'), et sur ses indications, par Hajek . . .	532
Empyème du sinus frontal (Le traitement de l'), par Winckler .	354
Empyème du sinus maxillaire (Bacille de l'influenza dans le pus d'un), par M. Moszkowski	451
Empyème tuberculeux du maxillaire supérieur, par H. Koschier	55
Endoscopie de l'œsophage et de l'estomac, par G. Kelling . . .	183
Enduit post-amygdalotomique et ses rapports essentiels avec la diphthérie (Recherches sur l'), par Karmer	189
Epithéliome de la caisse avec symptômes pseudobulbaires, par M. Sugar	235
Epithélioma de l'épiglotte et du larynx, par H. Gray-Croly . .	358
Epithélioma du larynx, par Jobson Horne	220
Epithélium des canaux excréteurs des glandes de la muqueuse nasale (De la transformation muqueuse de l'), par H. Cordes .	256
Epreuves de Rinne et de Gellé, par G. Brühl	144
Evidement pétro-mastoïdien (Pansements consécutifs à l'), par Mahu	512
Facial (La participation du), dans l'action d'écouter attentivement, par Ostmann	446

	Pages
Fibro-sarcome nasal, par Koschier	65
Fibro-myxome du naso pharynx (Une observation de), par Chevallier	504
Fèvre de foin (La glande surrénale dans la), par Beamam D onglan	238
Fistule cervicale congénitale complète (Deux cas de), par Guge heim	266
Fosse nasale (Corps étranger « bouton » logé pendant un an dans la), et simulant une rhinorrhée scrofuleuse, par J. Alvarez	248
Fosses nasales (Deux cas de corps étrangers des), par Cosliniu	248
Fosses nasales (De la mensuration graphique de la perméabilité des), par A. Courtade	110
Fosses nasales (Mensuration graphique de la perméabilité des), Discussion, par Courtade	122
Fosses nasales normales (Sur la présence de microbes dans les), et le pouvoir bactéricide du mucus nasal, par H. J. H. Schousboe	91
Fracture de la fosse crânienne antérieure avec rhinorrhée cérébro-spinale, par F. C. Larkin	255
Ganglion vestibulaire des mammifères (Contribution à l'anatomie du), par G. Alexander	161
Glossite profonde avec formation d'abcès, par Harmer	60
Gomme de la trachée siégeant directement au-dessus de sa bifurcation, par Harmer	528
Goutte aiguë du pharynx, par M. Lermoyez et G. Gasne	39 [∞]
Granulomes de la trachée (Deux cas de), apparus longtemps après l'enlèvement de la canule, par Ebstein	58
Haleine (Remarques sur la mauvaïse), par Fränkel	186
Hémorrhagie amygdalienne consécutive à l'emploi d'un morcelleur à mors tranchants. Arrêt de l'hémorrhagie par le tamponnement de la loge amygdalienne combiné à la suture des piliers, par Escat	523
Hémorrhagie de la carotide par carie du rocher, par Zeroni	158
Hémorrhagie dans un larynx sain en apparence, par B. Wood	170
Hernie cérébrale dans les interventions intracrâniennes dirigées contre les otites moyennes suppurées, par H. Caboche	278
Hydrorrhée nasale unilatérale. Guérison par l'air chaud, par G. Mahu	481
Hyperostose de la paroi antérieure du sinus frontal; muqueuse du sinus fongueuse. Opération. Récidive de l'hyperostose et apparition des mêmes phénomènes de l'autre côté, par Scanes Spicer	345
De l'hyperplasie, de la dégénérescence polypeuse du cornet moyen, des polypes du nez dans leurs rapports avec la partie osseuse de la lame criblée, par H. Cordes	240
Infiltration de la corde vocale droite datant de six mois, par Saint-Clair-Thomson	218
Inflammation aiguë de l'oreille moyenne (Quelques considérations sur l'), par P. Bride	236
Inflammations et tumeurs des sinus sphénoïdaux, par E. Segreti	228
Injections de paraffine solide en oto-rhino-laryngologie, par Broeckaert	519
Inervation motrice du larynx, étudiée d'après un nouveau cas de paralysie traumatique glosso-palato-laryngo-nasale et d'après les derniers travaux sur l'anatomie du cerveau, par Avellis	172

Insuffisance aortique (Des phénomènes moteurs observés dans la bouche et le pharynx au cours de l'), par H. Schlesinger .	187
Iodisme aigu après l'ingestion d'iodure de potassium en rapport avec la présence du rhodane dans la salive et les sécrétions du nez et de la conjonctivite, par O. Much .	242
Kystes du cornet moyen, par Sundholm .	245
Kystes dentaires du maxillaire supérieur, par Jacques et Michel .	352
Kyste de la glande thyroïde, par Pégler .	222
Kyste hydatique de l'oreille et du cerveau, compliqué d'hémia-trophie de la face, par M. W. Mouratoff .	156
Kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur (Traite-ment opératoire des), par Jacques et Bertemès .	503
Kystes paradentaires de la région du maxillaire supérieur (Du choix de l'intervention opératoire dans des), par A. Raoult .	29
Kystes séreux de la cloison du nez, par G. Ward .	256
Larves dans l'oreille, par Barrio y Penariedonda .	72
Laryngectomie, par Hankins .	264
Laryngées (Affections), pendant la grossesse, par Przerdowski .	181
Laryngées (Manifestations) de la fièvre typhoïde, par L. B. Læ-khardt .	180
Laryngienne (Opération), par F. Krause .	357
Laryngiennes (Trois opérations), par F. Krause .	262
Laryngienne congénitale (Obstruction), par C. H. Mc. Ilraith .	35 8
Laryngite avec hyperplasie sous glottique marquée près de la commissure antérieure chez un homme de 36 ans, par Scanes Spicer .	219
Laryngite tuberculeuse (Gastrostomie comme moyen de soulager les douleurs de déglutition dans la), par E. Martin .	171
Laryngofissure et extirpation de l'aryténoïde droit, par Uru-nuela .	261
Laryngologie (Les rayons X en), par Warren .	264
Larynx (Six cas d'ablation du), par F. G. Harvey .	356
Larynx (Lésions hérédosyphilitiques du), par Haushalter .	260
Larynx (Plaie transversale du), au niveau de l'espace crico-thy-roïdien, suture hermétique du larynx, du plan musculo-apo-névrotique et de la peau. Guérison en 8 jours, par H. Mo-restin .	360
Larynx (Des affections du), au cours du diabète, par O. Leich-tenstern .	180
Larynx (Brûlure du) par une pilule de Dupuytren, par Garel .	1
Leptoméningite consécutive à la cure radicale de l'empyème frontal chronique, par Luc .	520
Leptoméningite d'origine otique (Diagnostic et traitement de la), par Gradenigo .	147
Lésions auriculaires (Epreuves de l'ouïe pour aider au diagnostic différentiel des), par W. L. Ballenger .	140
Lésions fongueuses de l'oreille, par W. K. Hatch et R. Row .	234
Lésions de la partie moyenne des fosses nasales (Contribution à l'étude du diagnostic des), par Texier .	511
Lésion pulmonaire (Une cause inattendue de), offrant les carac-tères d'une tuberculose au début, par Champeaux .	358
Lipome du pharynx (Un cas de), par Milligan .	345
Lupus laryngé vulgaire, par Holger Mygind .	177
Lupus de l'oreille, par Liaras .	73
Lupus de l'oreille et du nez (Traitement du), par l'air chaud, par M. Lichwitz .	126
Lymphome diffus pharyngo-laryngé, par Castex .	501

	Pages
Maladies professionnelles de l'oreille et des premières voies aériennes, par F. Röpke	539
Mal perforant buccal (Un cas de), par Compaiared	182
Marteau (Extraction du) après anesthésie du tympan par le procédé de Schleich, par Gompresz	36
Massage vibratoire de la membrane tympanique (Valeur thérapeutique du), par Schwabach	445
Mastoïde (L'évolution de la trépanation de la), par J. H. Love	78
Mastoidite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique, par R. A. Wilson	83
Mastoidite aiguë, intervention incomplète. Abscès extra-dural consécutif. Trépanation. Guérison, par Maget	485
Mastoidite aiguë (Traitement abortif de la), par J. F. M. Ker-non	77
Mastoidite grippale, par F. Mc. Caro	159
Mastoidite compliquée de paralysie du droit externe, par K. Pischel	159
Mastoidite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne, par X. Delore	85
Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral, par A. Broca et G. Laurens	5
Méningite séreuse d'origine otitique. (Un cas de). Trépanation bilatérale. Guérison, par P. Lecène	350
Méningitiques (Accidents) d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Evidemment pétro-mastoldien. Guérison, par Mas-sier	525
Moulage de l'oreille moyenne destiné à l'enseignement, par Alexander	39
Mucocèle non traumatique du sinus frontal (Origine de la), par Avellis	257
Narcose (Quelques nouveaux cas de) par le chlorure d'éthyle, par J. W Cardie	363
Nasale (Chirurgie de la cloison) et des sinus supérieurs, par L. Loeve	355
Nasale Plastique, par F. Krause	252
Nasales (Du gaz carbonique dans les affections), par Joal . . .	355
Nécrose bilatérale de la capsule labyrinthique osseuse à la suite d'une otite moyenne suppurée chronique, par V. Pick . . .	41
Néoplasme du larynx développé sur la paroi postérieure et compliqué de parésie de la corde vocale gauche, par Scanes Spicer	218
Névropathie nasale et pseudo-sinusites, par Jacques	505
Névroses de la glotte (Etude clinique des), par E. Barth . . .	454
Nez (Restauration du), sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux, par Berger	251
Le nez de chien (henpuye) dans la colonie de la Côte-d'Or, par A. J. Chalmers	247
Nez détruit par un furet, par Walsham	220
Nez en selle (Présentation d'une femme traitée pour une difformité nasale par les injections sous-cutanées de vaseline, avec photographies et moulages pris avant et après l'opération, par Scanes Spicer	342
Oblitération congénitale des choanes, par Baurowicz	245
Obstruction nasale chez une femme de 24 ans (Sur un cas d'), par J. Horne	346
Oesophage (Du diagnostic des diverticules de l'), par V. Blum .	182
Oesophage (Nouvelle contribution à la pathologie de l'), par W. Fleiner	456

	Pages
Oreille (Bruits d') (Tinnitus aurium), par R. Panse	144
Oreille (Extraction d'un corps étranger de l'), par J. G. Mascakie	72
Oreille (Maladies de l'), chez les enfants des écoles du district de Marbourg, par Ostmann	444
Oreille (Un cas de piqure de l'), avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, par Schönberg	81
Oreille moyenne (Insufflation et médication de l'), dans l'otite moyenne non suppurée, par E. O. Belt	74
Oreille moyenne (Leçons sur les suppurations de l'), et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intra-crâniennes, par H. Luc	68
Ostéophytes des cavités nasales, par Macloy	544
Otite et mastoïdite chroniques avec abcès extra-dural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison, par A. Broca	152
Otite (Guérison d'un cas d'), compliquée de thrombose des sinus. d'abcès péri-sinusien et d'abcès cérébral, par Ludwig et Sanger	86
Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse, par Ludwig et Sanger	85
Otite moyenne aiguë chez un diabétique, par A. Ephraïm	444
Otites moyennes aiguës (Contribution à l'étude des), par H. Coussieu	340
Otites moyennes aiguës (Recherches sur la bactériologie des), par H. Coussieu	413
Otite moyenne aiguë suppurée (Traitement de l'), par Moure	514
Otite moyenne aiguë (Complications mastoïdiennes dans l'), par S. G. Dabney	77
Otite moyenne aiguë du nourrisson (Contribution à l'anatomie pathologique de l'), par A. Politzer	42
Otite moyenne combinée avec un abcès cérébral rhinogène, par Köbel	91
Otite moyenne hémorragique, par Joncheray	524
Otite moyenne pneumococcique au cours de la pneumonie, par E. Hirtz	75
Otites moyennes purulentes (Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des), par Hamon du Fougeray	508
Otite moyenne suppurée chronique avec thrombose du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire interne. Guérison, par A. H. Cheatele	86
Otite moyenne suppurée chronique tuberculeuse, par F. Alt	37
Otites moyennes (Acide phénique pur dans les), par Wendell	233
Otites moyennes au cours de la scarlatine et de la rougeole, par E. H. May	75
Otites moyennes aiguës (De l'emploi des émissions sanguines et des réfrigérants dans les), par Miot	75
Otites moyennes suppurées (Sur quelques progrès de la chirurgie dans les), par Zarniks	76
Otites suppurées (De la dégénérescence cancéreuse des vieilles), par Carle	79
Otites suppurées chroniques (A quel point de vue faut-il considérer actuellement la thérapeutique des) et où en est la question du cholestéatome? par A. Leutert	230
Otites purulentes aiguës et chroniques (Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des), par E. Leutert	237
Otitiques (Les affections), du cerveau, des méninges et du sinus, par O. Körner	540

	Pages
Otitiques (Suppurations), de la loge cérébelleuse, par Piqué et Maclaure	152
Otologie (Traité d'), pour les praticiens et les étudiants, par A. Politzer	140
Otologie dans la Grande-Bretagne (L'état actuel de l'), par Grusey	150
Otomycose dans les tropiques, par H. C. Highet	232
Otorrhée et tumeur cérébrale, par Hessler	148
Ouïe (L'organe de l'), et le purpura rhumatisal, par Sugar . .	160
Ouïe chez les sourds-muets (De l'amélioration de l'), par Bogdanoff Beresovsky	73
Ozène (Poudre contre l'), par X	255
Ozène, dit primitif (L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'), par Noëbel et Löhnberg	253
Pachydermie laryngée (Le traitement de la) par l'acide salicylique, par Lublinski	176
Pachydermie laryngée typique (Traitement de la), par une solution alcoolisée d'acide salicylique, par Fein	48
Pachydermie du larynx, par C. A. Parker	227
Palais (Certaines formes du) et leur production, par Alkan . .	461
Palais (Irrégularité de la forme du), en rapport avec un fonctionnement défectueux des cordes vocales, par Maliontine	263
Papillome crico-trachéaux (La trachéotomie appliquée au traitement des), par P. Sebileau	273
Papillomes multiples du larynx, par W. Carson	226
Papillomes du pharynx chez l'enfant (Traitement des) par Boulay	259
Paralysie bilatérale des abducteurs (Note sur l'administration d'un anesthésique à un malade atteint de) par O. F. F. Grünbaum	174
Paralysie de la corde vocale gauche, par Fein	65
Paralysie faciale dans l'otite moyenne aiguë, par W. Murray .	146
Paralysie de la langue, du palais et du larynx, par Falb . . .	51
Paralysie du nerf laryngé supérieur (Contribution à la), par Dorendorf	173
Paralysie récurrentielle droite complète, par Hajek	48
Parotite récidivante persistant dix ans chez un enfant bien portant par F. C. Ewing	137
Pathologie nasale (Contribution à la), par Sturmman	132
Pavillon de l'oreille (Autoplastie partielle du), par Gavello . .	79
Pavillon de l'oreille (Rétablissement artificiel du) par Henning .	39
Pemphigus, par A. Alexander	129
Perception des sons élevés (Etude expérimentale sur la limite de), par Schwendt	143
Périchondrite (un cas de) et de périostite aiguë de la cloison nasale, d'origine dentaire, par Killian	250
Pharyngite latérale (Traitement de la), par l'électrolyse, par J. Derenberg	461
Pharyngomycose chez une femme, par A. Thorne	221
Pharynx d'un enfant (Corps étranger demeuré huit ans dans le), par H. L. Lack	183
Pharynx nasal de l'enfant (Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le), par L. R. Regnier	118
Phlegmon chronique progressif (un cas de) provoqué par le diplocoque Fraenkel et secondaire à une angine, par J. Jundell et F. Svenson	460
Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique, par Aimar Raoult	509

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

5.1

	Pages
Plancher de la caisse, par J. Rozier	295
Polypes muqueux du nez (De la présence de blastomycètes dans les), par Barrago-Ciarella	239
Polypes naso-pharyngiens (Contribution à l'étude des), par Le Nouene	361
Polypes du nez (Pourquoi les), récidivent ? par Cholewa	240
Polypes (107) extraits en une séance, par H. W. Loeb	140
Polype de l'oreille (Hémorrhagie grave après l'ablation d'un), par C. Dufour	143
Ponction du sinus maxillaire (Une nouvelle aiguille pour la), par Stan von Stein	451
Porte-tampon pour le larynx (Un nouveau), par E. Meyer	456
Processus catarrhal adhésif de l'oreille moyenne (Le traitement du) par des injections intra tubaires de pilocarpine, par Fischenich	232
Pseudo-voix après l'extirpation totale du larynx, par Gottstein	265
Purpura rhumatismal et angine, par Alf. Bruok	184
Pyémie otitique (Un cas de), par L. Lewy	169
Pyémie otogène (Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la), par Humbert	82
Pyohémie otogène thrombo phlébitique (un cas de), par M. Ler-moyez	16
Pyémie des sinus (Deux cas de) avec résultats rares, par J. Keerr	169
Respiration (La) bucco-nasale est possible, par H. Lavrand	507
Respiration imparfaite due aux végétations adénoïdes, par M. Keown	252
Respiration nasale (De l'emploi de l'ouvre-nez dans le cas de gêne de la), par W. Roth	252
Respiratoires (Troubles) par auto-intoxication chez l'enfant, par Belloti	177
Rétrécissement du larynx (Traitement du) par l'implantation d'un fragment de cartilage costal, par von Mangoldt	360
Rhinelcose (Sur trois cas de), coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle, par P. Marie et G. Guillain	369
Rhinite fibrineuse, par Edm. Meyer	134
Rhinite fibrineuse (Traitement de la), Peltesohn	131
Rhino-pharynx (Du traitement thermal, par applications locales sur le), par Depierris	428
Rhinoplastie (Nouveau procédé de), par Nélaton	251
Rhinosclérome (Trois cas de), par Harmer	62
Rhodane dans les sécrétions nasale et lacrymale (De l'existence du), par O. Much	241
Rocher (Carie du) Abscès multiples sous duraux, extra crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort, par Depage	88
Rocher (Carie du) et méningo-encéphalite suppurée, par Buys	89
Rocher (Résection large du), par Depage	82
Rupture d'un œsophage d'apparence saine), par Weeney	268
Sarcome mastoïdien, par S. A. Lutz	157
Sarcomes naso pharyngiens (Deux cas rares de), par S. Ron-taler	215
Sclérome (100 cas de), par Bawrowicz	244
Sclérome des voies aériennes supérieures, par Ebstein	61
Sclérome des voies respiratoires (Un cas de), par T. Majewski	244
Sclérome (du), en particulier dans la Prusse Orientale, par P. H. Gerber	243
Sinus (Relations des lésions des) et de la méningite avec l'otite moyenne suppurée, par W. Schell	84

	Pages
Sinus carotidien (Anatomie du), par Halke	538
Sinus frontaux (Développement des) dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage, par Jacques	127
Sinus frontaux (énormes), par Patel	543
Sourds muets (Mariage des), par Fay	146
Spasme de la glotte (Contribution au traitement du), par Fischbein	360
Sténose cicatricielle de l'œsophage (L'électrolyse dans le traitement de la), par Sletow et Postnikow	458
Sténoses fibreuses du larynx (Traitement des), Collinet	491
Sténoses post-diphthériques du larynx et de la trachée, par H. Koschier	54
Sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire par Heindl	66
Sténose des voies aériennes supérieures (Un cas de), par Koschier	64
Sténoses de la trachée (Des), par Frankenberger	359
Stérilisateur électrique pour les instruments de petite chirurgie et en particulier pour les instruments du larynx, du nez et des oreilles, par Hecht	178
Suppuration de l'antre avec distension considérable de la paroi interne, par H. Tilley	222
Suppuration multiple des sinus de la face et des polypes du nez (Un cas de cure radicale de), par Scanes Spicer	344
Suppurations du nez et de ses sinus (Étiologie et thérapeutique des): importance du régime et de l'hygiène, par C. Ziem	451
Suppurations chroniques de l'oreille (Examen microscopique dans les), par Snydacker	445
Surdi-mutité (L'origine et la cause de la), par F. Danziger	228
Surdité (Débuts de la), par Castex	522
Surdité et diplégie faciale par fracture double des rochers, par M. Lannois et P. Vacher	387
Surdité chronique (Traitement thyroïdien de la), par A. Bruck	146
Syphilis de l'amygdale linguale, par J. Keller	182
Syphilis acquise du nez et du pharynx (Note sur la) par C. A. Parker	363
Syphilis tardive du larynx chez l'enfant (Sur la), par Röhr	134
Temporal (Série de cas de suppurations de l'os), par Iwan Burnett	146
Temporal d'un sourd-muet, par Schwabach	536
Ternissement du miroir laryngé (Solution de lysol pour empêcher le), par Ruprecht	456
Thrombo-phlébite du sinus latéral droit (Un cas de). Opération. Mort, par F. Furet	408
Thrombo-phlébite du sinus latéral (Sur un cas de). Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison, par Collinet	526
Thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur dans les sinusites frontales, par Killian	542
Thrombose du golfe de la jugulaire, par Stenger	447
Thrombose otogène directe du bulbe de la jugulaire sans thrombose du sinus transverse, par Schmitz	150
Thrombose des sinus (Un cas de) par A. R. Baker	85
Toux de compression, son importance pour le diagnostic des rétrécissements des bronches (Adénopathies et tumeurs du médiastin), par J. Garel	201
Trachée (Cas intéressant de corps étranger de la), par P. F. Eve	179
Trachéocèle, par J. Park West	259

Société Savante
Last page of cover

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

573

	Pages
Traumatisme du nez par une arme à feu, par Chiari	67
Traumatisme du nez par une arme à feu, par Heindl	66
Trompe d'Eustache (Dilatation électrolytique de la), par A. Duel	145
Trompe d'Eustache (L'électrolyse dans les rétrécissements de la par A. Kenefick	156
Troubles digestifs (Introduction à l'étude des), liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx, par F. Landolt	347
Tuberculome géant des fosses nasales, par F. Rueda	542
Tuberculoses laryngées (Etude des formes cliniques de) au point de vue du pronostic et essai de traitement, par J. Aris y Garcia	142
Tuberculose du larynx, par F. G. Powell	220
Tuberculose primitive du larynx, par M. A. Goldstein	138
Tuberculose primitive de l'oreille, M. A. Goldstein	138
Tumeur calcifiée de l'oreille moyenne, par C. Braislin	445
Tumeurs de la cloison du nez à l'exception des néoplasmes malins, par Hasslauer	241
Tumeur fibreuse (Sur un cas de), développée sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite consécutivement à un décollement traumatique sous cutané, sans plaie, de la peau de cette région, par Chavasse	511
Tumeurs malignes (Sur l'étiologie des), par Ziem	157
Tumeurs malignes de l'éthmoïde, par E. J. Moure	503
Tumeur pédiculée, par P. Heymann	133
Tumeurs polypoides du nez, par Koschier	64
Tumeur rare du larynx (Examen microscopique de la), par Lambert Lack	226
Tumeur rare de la paroi postérieure du larynx, par Lambert Lack	223
Tumeur tuberculeuse de la cloison, par J. Molinié	508
Tympan (De la psychophysiologie de la corde du), par P. Kiet-sow et Nadoleczny	71
Ulcération tuberculeuse très étendue de la cavité du nez chez une femme tuberculeuse de 21 ans, par A. Santi	346
Vallécules et sinus pyriformes (Variétés et anomalies des), par A. Rosenberg	179
Verrue hémorragique de l'oreille guérie par un remède populaire (urine), par F. Mosbacher	72
Vertèbres proéminentes dans le naso-pharynx, par C. Magenan	242
Vertige d'origine nasale, par Collet	97
Vertiges et ictus laryngés (10 cas), par Moncorgé	422
Voix (Physiologie de la), par W. Scheppegegrell	139
Voix (Sur l'application du phonographe à la pathologie et à la thérapeutique de la voix), par Th. H. Flatan	93
Vomissements presque incoercibles liés à la rhinopharyngite et aux végétations adénoïdes, par Breton	249
Xérose (Présence du bacille de la (dans le phlegmon diffus, l'infection secondaire des plaies et l'otite interne, par Warnecke	164

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIÈRE

Sociétés Savantes

Amer Soc Blv Laryng, West p 136

Austrasian Soc Blot, Rich, May
June 1900 p 30

Berlin Soc Lan May June
Oct 1900 p 129

Frank Soc Blot Rich 1902 p 489

London Lar Soc, Apr May 1901 p 218

" " June 1902 p 342

Paris Lar Soc Bl Jan 1902 p 122

Feb 1902 p 441

Sociétés Savantes, May 1901 p 127

Vienna Lar Soc, Apr May p

June, Nov Dec 1900 Jan Feb Mar 1901 48

" " Oct 1901 p 528